

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM GERAL E ESPECIALIZADA

**A ATENÇÃO EM DIABETES MELLITUS NO SERVIÇO DE
MEDICINA PREVENTIVA–SEMPRE: UM ESTUDO DE CASO**

Carla Regina de Souza Teixeira

Ribeirão Preto

2003

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM GERAL E ESPECIALIZADA

**A ATENÇÃO EM DIABETES MELLITUS NO SERVIÇO DE
MEDICINA PREVENTIVA–SEMPRE: UM ESTUDO DE CASO**

Carla Regina de Souza Teixeira

Tese de doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na linha de investigação – Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas, para obtenção do título de Doutor junto ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Área de concentração: Enfermagem Fundamental

Ribeirão Preto

2003

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM GERAL E ESPECIALIZADA

**A ATENÇÃO EM DIABETES MELLITUS NO SERVIÇO DE
MEDICINA PREVENTIVA–SEMPRE: UM ESTUDO DE CASO**

Carla Regina de Souza Teixeira

Tese de doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor junto ao Departamento de Enfermagem Geral e
Especializada. Área de concentração: Enfermagem Fundamental

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Lúcia Zanetti

Ribeirão Preto

2003

Ficha Catalográfica

Teixeira, Carla Regina de Souza

A atenção em diabetes mellitus no serviço de medicina preventiva–Sempre: um estudo de caso, Ribeirão Preto, 2003.

162p.:il;30cm

Tese de doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP–Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Zanetti, Maria Lúcia

Diabetes mellitus. 2. Avaliação em saúde.
3. Enfermagem.

DATA DA DEFESA: ____/____/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Zanetti

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Prof^a. Dr^a Ana Emília Pace

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. Laércio Joel Franco

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Prof^a. Dr^a. Maria Teresa C. Gonçalves Torquato

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Pegadas na areia

Uma noite eu tive um sonho.

Sonhei que estava andando na praia com o Senhor e através do Céu passavam cenas de minha vida.

Para cada cena que passava, percebi que eram deixados dois pares de pegadas na areia; um era o meu, e o outro, do Senhor.

Quando a última cena de minha vida passou diante de nós, olhei para trás, para as pegadas na areia, e notei que muitas vezes no caminho da minha vida havia apenas um par de pegadas na areia.

Notei também que isso aconteceu nos momentos mais difíceis e angustiosos da minha vida.

Isso aborreceu-me deveras, e então perguntei ao Senhor:

- Senhor, Tu me disseste que uma vez que eu resolvi Te seguir, Tu andarias sempre comigo, todo o caminho. Mas notei que durante as maiores atribulações do meu viver havia na areia dos caminhos da vida apenas um par de pegadas.
 - Não compreendo porque nas horas em que eu mais necessitava de Ti, Tu me deixastes:

O Senhor respondeu:

- Meu precioso filho: Eu te amo e jamais te deixaria nas horas da tua prova e do teu sofrimento. Quando vistes na areia apenas um par de pegadas, foi exatamente aí que:
 - **EU TE CARREGUEI EM MEUS BRAÇOS.**

Autor desconhecido

AGRADECIMENTOS

Profª Drª Maria Lúcia Zanetti, minha orientadora, amiga e mestre. Você é muito especial, companheira e fiel. Começamos em 1993 e, dez anos depois, concluímos o doutorado. Obrigada por investir e acreditar no meu potencial. Agradeço a Deus por essa conquista e peço que Ele te dê em dobro toda a felicidade que você merece. Obrigada por tudo.

“O importante é que a nossa emoção sobreviva”.

Profª Drª Ana Emília Pace. O seu apoio sua torcida e a valiosa contribuição para a minha carreira foram fundamentais. Obrigada.

Profª Drª Maria Teresa C. Gonçalves Torquato. Conhecer uma pessoa como você, que realmente acredita no trabalho em equipe é maravilhoso. Você exala conhecimento e sabedoria. Obrigada por acreditar no nosso trabalho e pela convivência.

Prof. Dr. Laércio Joel Franco. A sua sabedoria, tranquilidade é contagiante. Obrigada.

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha. Obrigada pela sua contribuição e competência para a conclusão desse trabalho. Obrigada.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Onde a minha trajetória começou e muitos docentes, funcionários e estudantes torceram por mim. Muito Obrigada.

Ao SEMPRE em especial:

Veruska, você nem imagina tudo o que me ensinou com a sua personalidade fantástica e tremenda generosidade. Obrigada por ter acreditado no meu trabalho e confiar na produção desse Doutorado.

Dr. Ramiro, coordenador do projeto. Conviver com a sua forma de trabalho, foi um crescimento dia-a-dia. Aqui está a prova de que valeu acreditar em diabetes e no nosso trabalho.

A equipe de Enfermagem do SEMPRE: Fabiani, Gabriela, Livia, Ocimar, Luizinho, Juraci, Joel, Tolini, Marcão, Maria Antônia, Leila, Gisele. Vocês são simplesmente o máximo. Obrigada por tudo.

As pessoas que me ajudaram na coleta de dados e produção do trabalho: **Lucimara, Mary, Ingrid, Miriam, Lucas e Daniela Maglio**. Sem vocês, nada seria possível. Obrigada.

As pessoas que torceram por mim: Anderson, João, Nilton, Rodrigo, os motoristas que muito me guiaram. Laura, Alfredo que acreditaram no SEMPRE.

As equipes da Nutrition Care e Unipsico. Em especial, **Fernanda e Rosangela**, os momentos de reflexão, foram mais do que crescimento, transformou-se em envolvimento. Parabéns!!

Aos sujeitos desse estudo. Pessoas que muito me ensinaram e no caminho vivemos emoções doces e alegres. Amo vocês.

Agradeço também as pessoas que me ajudaram direta ou indiretamente:

Aos meus sogros. Délcio e Maria. Vocês são especiais. Obrigada pelo carinho.

Ao meu irmão e cunhada. Zilmar, Raquel e o meu sobrinho que está sendo gerado. Amo vocês.

A Sueli e família. O seu carinho e cuidado pela minha casa foram o diferencial que permitiu a conclusão da fase final. Obrigada.

A Ana Maria, Danielle e Mieko. Obrigada pelo empréstimo do material e a ajuda na análise dos resultados.

Aos meus amigos de estrada e alunos que torceram pelo meu crescimento. Obrigada.

À Deus. Obrigada pelo amparo em todos os momentos da minha vida. Agradeço por guiar-me no caminho e pelas pessoas que muito me ajudaram na minha formação.

“O SENHOR é o meu pastor e nada me faltará” Salmos 23 v.1

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Vilmar e Maria. Sem vocês esse trabalho não seria possível. Agradeço a Deus o quanto vocês são maravilhosos e esforçaram-se na minha educação. Cada vez mais, amo vocês. Obrigada por acompanhar toda a minha luta e me ajudar na educação do Lucas, nosso herdeiro.

Ao meu companheiro Magno. O nosso amor cresceu e fortaleceu a cada dia nessa trajetória. Você foi fundamental em seu apoio e compreensão da minha ausência nos fins de semana e noites em claro. Obrigada pela sua torcida e ajuda. Te amo muito.

Ao Lucas, nosso filho. Um dia você irá entender a ausência da mamãe, o computador ligado, o excesso de papéis para concluir esse trabalho. Você nasceu durante o curso das disciplinas, e demonstrou o guerreiro que é, enfrentando doenças e colaborando com o trabalho da mamãe. Hoje com 3 anos, é parte dessa história. Você é a criatura mais linda que um dia eu conheci. Eu te amo.

“Proclamar o seu amor de manhã e a noite a tua fidelidade”

Salmos 92:1

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
	1.1.Doenças crônicas não-transmissíveis: o diabetes mellitus.....	1
	1.2.A educação em diabetes.....	9
	1.3.O sistema de atenção à saúde e diabetes mellitus	17
2	OBJETIVOS.....	32
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	34
	3.1.Tipo do estudo.....	34
	3.2.Local do estudo – o caso.....	35
	3.3.População base do estudo.....	36
	3.3.1.Critérios de exclusão.....	36
	3.3.2.População estudada.....	37
	3.4.Definição das variáveis do estudo.....	38
	3.5.A elaboração do instrumento de coleta de dados...	43
	3.6.Período da coleta de dados.....	43
	3.7.Coleta de dados.....	44
	3.8.Análise dos dados.....	46
	3.9.Aspectos éticos.....	48
4	RESULTADOS.....	49
	4.1.Descrição da atenção em diabetes mellitus no SEMPRE.....	49
	4.2.Caracterização das pessoas diabéticas atendidas no SEMPRE, segundo variáveis sociodemográficas	61
	4.3.Caracterização das pessoas com DM tipos 1 e 2 atendidas no SEMPRE, segundo variáveis relacionadas ao plano de saúde.....	62

4.4.Perfil das pessoas com DM tipos 1 e 2, segundo variáveis relacionadas aos parâmetros clínicos e antropométricos.....	64
4.5.Comparação das consultas médicas e custo com procedimentos médicos no SEMPRE.....	69
5 DISCUSSÃO.....	74
5.1.Análise da atenção em diabetes mellitus no Serviço de Medicina Preventiva–SEMPRE.....	74
5.2.Caracterização das pessoas com DM atendidas no SEMPRE, segundo variáveis sociodemográficas.....	97
5.3.Caracterização das pessoas com DM tipos 1 e 2 atendidas no SEMPRE, segundo variáveis relacionadas ao plano de saúde.....	102
5.4.Análise do perfil das pessoas com DM tipos 1 e 2 segundo variáveis relacionadas aos parâmetros clínicos e antropométricos.....	103
5.5.Comparação das consultas médicas e custo com procedimentos médicos no SEMPRE.....	110
6 CONCLUSÕES	118
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	127
8 ANEXOS.....	143
Anexo A.Instrumentos de coleta de dados.....	143
Anexo B.Arranjo Físico do SEMPRE.....	144
Anexo C.Planta física do SEMPRE.....	145
Anexo D.Ficha de Inscrição do SEMPRE.....	147
Anexo E.Direitos e deveres na Atividade de Integração do SEMPRE.....	148
Anexo F.Mensurações de enfermagem nos grupos o SEMPRE.....	149
Anexo G.Ficha de Anamnese do SEMPRE.....	150
Anexo H.Programa educativo em diabetes mellitus no SEMPRE.....	153
Anexo I.Instrumento de Qualidade de Vida.....	154
Anexo J.Instrumento de recordatório alimentar.....	158
Anexo K.Avaliação da satisfação do usuário no SEMPRE	160

APRESENTAÇÃO

Em 1995, conclui o curso de graduação em Enfermagem, pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Durante a graduação, participei como bolsista de iniciação científica no Programa Especial de Treinamento (PET) – da CAPES (Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior), desenvolvendo diversas atividades acadêmicas e extracurriculares, tais como pesquisas científicas, apresentação destas em eventos regionais e nacionais, curso de inglês, participação em grupos de estudos, promoção e participação de eventos culturais e científicos, entre outras.

No curso de graduação em Enfermagem, desenvolvi pesquisas científicas na temática diabetes mellitus, uma vez que o meu interesse foi despertado pela curiosidade de conhecer esta patologia, frente à convivência com pessoas diabéticas na família. Em 1993, realizei a primeira investigação científica, que constituiu-se de um levantamento da produção científica dos enfermeiros em relação a diabetes mellitus publicada em periódicos nacionais, no período de 1982 a 1992 (Souza & Zanetti, 1994). Em 1994, realizei um estudo exploratório sobre o conhecimento da criança diabética

e sua família acerca do tratamento com insulina. Esta investigação permitiu observar que vários aspectos do tratamento como, por exemplo, o armazenamento da insulina, rodízio dos locais de aplicação, entre outros, estavam sendo realizados de maneira inadequada, e também que havia dificuldade da criança aderir à proposta terapêutica (Souza & Zanetti, 1995).

Em 1999, ao realizar a Dissertação de Mestrado, identifiquei o comportamento de portadores de diabetes em relação à utilização e/ou reutilização de seringas descartáveis para a administração de insulina. Dos 112 portadores de diabetes que utilizavam a seringa descartável, 6 (5,4%) descartavam a seringa e agulha após o uso e 106 (94,6%) reutilizavam a seringa e agulha descartável (Souza, 1999).

Esta prática reforça a importância da educação no comportamento das pessoas diabéticas e na necessidade de fortalecimento e ampliação de grupos de educação em diabetes, que motivem a participação efetiva criando oportunidade de elaboração dos problemas enfrentados na aquisição do instrumental e prática no cotidiano para auto-aplicação de insulina (Souza, 1999).

Paralelamente às atividades pertinentes da Pós-Graduação, participei de atividades educativas junto às pessoas diabéticas no ambulatório de Clínica Médica e Endocrinologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Como também, em um Centro Integrado de Atendimento em Diabetes, com consultas de enfermagem e visitas domiciliares para apoio no tratamento das pessoas diabéticas.

Após o término do Mestrado e durante a realização do Doutorado fui convidada para participar da implantação de um Serviço de Medicina Preventiva de uma Cooperativa Médica no interior do estado de São Paulo. Dessa maneira, senti a necessidade de descrever a atenção em diabetes mellitus e analisar o impacto dos resultados no serviço de medicina preventiva – SEMPRE.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Medicinas de Grupo, Cooperativas, Planos de Autogestão segundo o número de empresas e de clientes no Brasil, 2000.....	24
Quadro 2	Classificação de obesidade, segundo a Organização Mundial de Saúde -OMS, 1998.....	41
Quadro 3	Classificação diagnóstica da hipertensão arterial em maiores de 18 anos, segundo III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 1998.....	41
Quadro 4	Controle dos parâmetros glicêmicos para glicemia pós-prandial, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, 1999.....	42
Quadro 5	Instrumentos utilizados para avaliação do usuário e do SEMPRE segundo o tipo de atividade, reaplicação, objetivo e profissional responsável, 2002.....	60
Quadro 6	Distribuição das crianças diabéticas tipo 1, segundo a idade, peso e percentil no 1º e 12º mês de participação no SEMPRE. Ribeirão Preto-SP, 2002.....	68
Quadro 7	Distribuição das crianças diabéticas tipo 1, segundo a idade, estatura e percentil no 1º e 12º mês de participação no SEMPRE. Ribeirão Preto-SP, 2002.....	68
Quadro 8	Custos em urgência e procedimentos médicos em reais das pessoas diabéticas tipos 1 e 2 em um ano antes e um ano durante a participação no SEMPRE, Ribeirão Preto-SP, 2002.....	73

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1**-Distribuição numérica das pessoas com diabetes cadastradas e excluídas no SEMPRE segundo o mês de cadastro. Ribeirão Preto, SP, 2002..... 37
- Tabela 2**-Distribuição numérica das pessoas com diabetes cadastradas no SEMPRE, segundo os motivos de exclusão. Ribeirão Preto, SP, 2002..... 38
- Tabela 3**- Distribuição numérica e percentual das pessoas com DM tipo 1 e 2 segundo o sexo, estado civil, escolaridade e idade. Ribeirão Preto-SP, 2002..... 62
- Tabela 4**-Distribuição numérica das pessoas com DM 2, segundo a glicemia capilar pós-prandial, índice de massa corporal, pressão arterial sistólica e diastólica e o tempo de participação no SEMPRE. Ribeirão Preto-SP, 2002..... 67

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1**-Distribuição percentual das pessoas com DM tipos 1 e 2 atendidas no SEMPRE segundo o tipo de plano de saúde. Ribeirão Preto-SP, 2002..... 63
- Gráfico 2**-Distribuição numérica das pessoas com DM tipos 1 e 2 segundo o tempo de plano de saúde. Ribeirão Preto-SP, 2002..... 63
- Gráfico 3**-Média da glicemia pós-prandial segundo o tipo de diabetes e o tempo de participação no SEMPRE, Ribeirão Preto-SP, 2002..... 64
- Gráfico 4**-Média de peso corporal segundo o tipo de diabetes e o tempo de participação no SEMPRE, Ribeirão Preto-SP, 2002..... 65
- Gráfico 5**-Média da PAS e PAD das pessoas com diabetes tipo 2, segundo o tempo de participação no SEMPRE, Ribeirão Preto, 2002..... 66
- Gráfico 6**-Distribuição do custo total em reais, segundo o tipo de diabetes e tempo de participação no SEMPRE, Ribeirão Preto, 2002..... 70
- Gráfico 7**-Distribuição numérica das consultas médicas realizadas pela população estudada segundo o tipo de diabetes e o tempo de participação no SEMPRE, Ribeirão Preto, 2002..... 70
- Gráfico 8**-Distribuição do custo em reais com procedimentos de urgência segundo o tipo de diabetes e o tempo de participação no SEMPRE, Ribeirão Preto, 2002..... 71
- Gráfico 9**-Distribuição numérica das consultas médicas de urgência realizadas pela população estudada segundo o tipo de diabetes e o tempo de participação no SEMPRE, Ribeirão Preto, 2002..... 72

Resumo

TEIXEIRA, C.R.S. **A atenção em diabetes mellitus no serviço de medicina preventiva-SEMPRE: um estudo de caso.** 2003 162p Tese de doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Estudo de caso do Serviço de Medicina Preventiva-SEMPRE na atenção em diabetes mellitus no interior do estado de São Paulo, com o objetivo de avaliar o impacto do SEMPRE utilizando alguns indicadores de saúde na atenção em diabetes mellitus. Para tanto, os dados foram obtidos por meio de consulta manual nos Sistemas Informatizados Serious e Qualidade de Vida e registrados em planilhas construídas no Microsoft Excel-1997 dos usuários cadastrados no período de junho a novembro de 2001. A coleta de dados ocorreu de novembro 2002 a abril de 2003 Participaram do estudo, 42 pessoas diabéticas que completaram um ano de participação no SEMPRE, sendo 36 (85,7%) do tipo 2 e 6 (14,2%) do tipo 1. Para a análise dos dados utilizamos a avaliação em saúde "estrutura-processo-resultado" (Donabedian, 1980). A estrutura ou capacidade que são as características que favorecem o oferecimento de serviços, o processo ou desempenho envolve ações dos profissionais de saúde no sistema, as ações das populações e dos pacientes, e o resultado reflete vários aspectos do estado de saúde. No SEMPRE a estrutura que compõe a organização de serviços tem o trabalho grupal realizado pela equipe multiprofissional como uma estratégia de mudança no processo de "fazer saúde". Os resultados predominantes foram: 69,1% pessoas diabéticas do sexo feminino, 47,6% possuíam o ginásio incompleto, 54,7% são casadas e 35,7% estão na faixa etária de 70 a 79 anos de idade. Após doze meses de participação no SEMPRE, houve redução de 23,8% na média da glicemia capilar, 6,7% na pressão arterial sistólica e 7 % na pressão arterial diastólica, e a média de 1,92 Kg por pessoa no peso corporal. Em relação aos gastos com procedimentos médicos de urgência, houve redução de 74,91% no diabetes mellitus tipo 1 e 40,4% no tipo 2, quanto ao gasto com procedimentos médicos em geral, houve redução de 11,1% no tipo 2 e 3,8% no tipo 1, comparando um ano antes e um ano depois da participação no SEMPRE. A análise estatística demonstrou que há diferença significativa entre a média antes e depois da participação no SEMPRE nas seguintes variáveis: gasto com procedimentos médicos para os diabéticos tipo 1, glicemia capilar pós-prandial e pressão arterial diastólica para os diabéticos tipo 2. Esses dados apontam para a importância de serviços inovadores em medicina preventiva, principalmente, no que tange ao melhor controle metabólico e redução de custos, bem como servir de base para avaliar o impacto de futuras intervenções.

Palavras-chave: diabetes mellitus, avaliação em saúde, enfermagem

Abstract

TEIXEIRA, C.R.S. **The attention of diabetes mellitus in the service of preventive medicine–Sempre: case-study.** 2003 162p Tese de doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

The case study in a Service of Preventive Medicine–SEMPRE with carriers of diabetes mellitus in the interior of the State of São Paulo, which had as objective to evaluate the impact of Service of Preventive Medicine–SEMPRE using of the health indicators with carriers of diabetes mellitus. For that, the data were gotten by means of manual consultation in the Computerized Systems Serious and Quality of Life and registered in spreadsheets constructed in the Microsoft Excel-1997 of the users registered in the period from June to November, 2001. The collection of data occurred from November to April, 2003. 42 carriers of diabetes mellitus who had completed one year of participation in SEMPRE, took part in this study, considering that 36 (85,7%) were type 2 and 6 (14,2%) were type 1. For the analysis using of the “structure-process-outcome” (Donabedian,1980). The **structure** or capacity that consists of characteristics that favor the offer of services, the **process** or performance involves the health professionals actions in the system, the populations and the patients actions, and the **result** reflects various aspects of the health state. The structure composes the organization of services that has the group work carried through by the multiprofessional team as a strategy of change in the process of “making health”. The predominant results were: 69.1% of the carriers of diabetes were women, 47.6% had the incomplete secondary school, 54.7% were married and 35.7% in the age group from 70 to 79 years old. There was reduction of 23,8% in the average of the glicemia, 6.7% in the systolic arterial pressure and 7 % in the diastolic arterial pressure, in the corporal weight after the twelve months of participation in SEMPRE. In relation to the expenses with urgent medical procedures, there was reduction of 74,91% in diabetes mellitus type 1 and 40,4% in type 2; concerning the expense with medical procedures in general, there was reduction of 11,1% in type 2 and 3,8% in type 1, comparing one year before and one year after the participation in SEMPRE. The statistics analyses demonstrated that comparing one year before and one year after the participation in SEMPRE there was difference between in the average of the variables: the expense with medical procedures in general for the diabetes type 1, the glicemia and the diastolic arterial pressure for the diabetes type 2. These data point to the importance of innovative services in preventive medicine with carriers of diabetes mellitus, mainly, to what refers to the best metabolic control and reduction of costs, like to serve for basis to evaluate the impact of the intervention futures.

Key words: Diabetes mellitus, Health assessment, Nursing

Resumen

TEIXEIRA C.R.S. **El atención en diabetes mellitus en el servicio de medicina preventiva–Sempre: estudio de caso.** 2003 162p Tese de doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Estudio de caso en un Servicio de Medicina Preventiva-SEMPRE en la atención en diabetes mellitus del interior del Estado de San Pablo, con el objetivo de evaluar el impacto del Servicio de Medicina Preventiva-SEMPRE mediante indicadores de salud en la atención en diabetes mellitus. Para eso, los datos fueron obtenidos mediante la consulta manual en los Sistemas Informatizados Serious y Qualidade de Vida y registrados en planillas construidas no Microsoft Excel-1997 de los usuarios registrados en el período de junio a noviembre de 2001. La colecta de datos se realizó de noviembre a abril de 2003. Participaron del estudio, 42 portadores de diabetes mellitus que completaron un año de participación en el SEMPRE, siendo 36 (85,7%) de tipo 2 y 6 (14,2%) de tipo 1. Para análisis de los datos se realizó la avaliacion en salud "estructura-proceso-resultado" (Donabedian,1980). La estructura consiste en características que favorecen el ofrecimiento de servicios, el proceso envuelve acciones de los profesionales de la salud en el sistema, las acciones de las poblaciones y de los pacientes, y el resultado refleja varios aspectos del estado de salud. La estructura compone la organización de los servicios que tienen el trabajo grupal realizado por el equipo multiprofesional como una estrategia de cambio en el proceso de "hacer salud". Los resultados predominantes fueron: 69,1% portadores de diabetes del sexo femenino, 47,6% con secundaria básica incompleta, 54,7% casados y 35,7% con edades entre 70 y 79 años. Hubo reducción de 23,8% en la media de la glicemia capilar, 6,7% en la presión arterial sistólica y 7 % en la presión arterial diastólica y en el peso corporal después del SEMPRE. En relación a los gastos con procedimientos médicos de urgencia, hubo reducción de 74,91% en los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y 40,4% en los de tipo 2, en cuanto a los gastos con procedimientos médicos en general, se observo una reducción de 11,1% en el tipo 2 y 3,8% en el tipo 1, comparando un año antes y un año después de la participación en el SEMPRE. El análisis estadística comparando un año antes y un año después de la participación en el SEMPRE se observo diferencia en la media en las variables: gastos con procedimientos médicos en general en el tipo 1, en la glicemia capilar y en la presión arterial diastólica en los de tipo 2. Esos datos apuntan para la importancia de la existencia de servicios inovadores de medicina preventiva para portadores de diabetes mellitus, principalmente, en lo que se refiere a la obtención de un buen control metabólico y a la reducción de costos, como para evaluar el impacto del intervención futuras.

Palabras llave: Diabetes mellitus, Evaluación en salud, Enfermería.

1 Introdução

1.1 Doenças crônicas não-transmissíveis: o diabetes mellitus

Doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), não-infecciosas ou crônico-degenerativas são terminologias usadas para definir grupos de doenças caracterizadas pela ausência de microorganismos no modelo epidemiológico, pelo longo curso clínico e pela irreversibilidade (Lessa, 1998).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta no Relatório Mundial sobre doenças não transmissíveis (DNT) e saúde mental uma nova e abrangente definição das doenças crônicas. As condições crônicas constituem problemas de saúde que persistem e requerem gerenciamento contínuo permanente (OMS, 2003). Estas são denominações que abarcam as condições não transmissíveis, condições transmissíveis persistentes, distúrbios mentais de longo prazo e deficiências físicas, estruturais e

contínuas. A inclusão de distúrbios mentais e deficiências físicas alarga os conceitos tradicionais de condição crônica (OMS,2003).

A rápida ascensão das DNT representa um grande desafio para o setor saúde no tocante ao desenvolvimento global. Pesquisadores, formuladores de políticas e defensores da saúde pública nas Américas reconhecem cada vez mais a necessidade de apoiar a luta contra as DNT. Nesse sentido, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) identificou objetivos programáticos e políticas que buscam efetivar a prevenção e controle das DNT nas Américas (OPAS,2003).

As medidas recomendadas incluem uma gama de estratégias para reduzir a carga das DNT e se apóiam na implementação de projetos de prevenção integrada no âmbito da comunidade, conhecidos como Iniciativa CARMEN-Conjunto de Ações para a Redução Multifatorial das Enfermidades Não-Transmissíveis (OPAS,2003).

O objetivo geral da Iniciativa CARMEN é melhorar o estado de saúde de determinadas populações mediante a redução de condições de risco comuns às DNT. A associação de condições de risco faz parte do processo de produção das doenças, desta maneira a classificação apresentada a seguir é útil para avaliação e vigilância em nível populacional (OPAS,2003).

Fatores Individuais

Fatores de risco não-modificáveis: idade, sexo, nível de instrução, composição genética;

Fatores de risco comportamentais: tabagismo, má alimentação e inatividade física;

Fatores de risco intermediários: níveis séricos de colesterol, diabetes, hipertensão e obesidade.

Fatores Comunitários (contextuais)

Situação socioeconômica: pobreza, emprego, composição familiar;

Meio-ambiente: clima, poluição do ar;

Cultura: práticas, normas e valores;

Urbanização: que influencia a habitação, o acesso a produtos e serviços.

As DNT de maior importância para a saúde pública na América Latina e Caribe são as doenças cardiovasculares, câncer e diabetes mellitus. Dentre essas, o diabetes mellitus (DM) é considerado um fardo econômico, social e pessoal para as instituições e famílias (Gruesser et al., 1993). Na década de 1990, o DM afetou a saúde de 110 milhões de indivíduos, sendo que esse número poderá dobrar para 221 milhões até 2010 (International Diabetes Federation, 2002).

Esse aumento será significativo nos países da América Latina, já que 80% dos anos perdidos de vida por incapacidade causada por DM correspondem aos países em desenvolvimento (The World Bank, 1993).

As projeções para 2025, no Brasil, são de que possam existir cerca de 11 milhões de diabéticos, o que representa um aumento de 100% em relação aos atuais 5 milhões de diabéticos (International Diabetes Federation, 2002).

No estudo multicêntrico sobre prevalência do DM (Malerbi & Franco, 1992) realizado em nove capitais brasileiras no período de 1986 a 1988, na população urbana, de 30 a 69 anos de idade, a média geral foi de 7,6%. Acredita-se que, com o aumento na expectativa de vida da população tenha ocorrido um crescimento na prevalência de DM. Nessa direção, em Ribeirão Preto-SP, Torquato et al. (2003), identificaram a prevalência de 12,1% na população urbana de 30 a 69 anos, no período de 1996 a 1997.

Esse índice vem crescendo em decorrência de vários fatores, tais como o processo de modernização, maior taxa de urbanização, industrialização, hábitos alimentares inadequados, inatividade física, obesidade, estresse, aumento da expectativa de vida e maior sobrevivência da pessoa com DM (OMS, 2003; BRASIL, 1993; Zanetti, 1996; Tavares, 1997).

Segundo Fraige Filho (2001a), a melhor compreensão das causas e meios que levam às complicações do DM, tem propiciado um melhor tratamento e, conseqüentemente, o aumento da vida média das pessoas com diabetes. No entanto,

Oliveira (2001) coloca que desconhecemos, em nível nacional, tanto a prevalência atual quanto o grau de controle metabólico e a frequência de complicações dos diabéticos no Brasil.

Existem vários fatores que aumentam a morbi-mortalidade dessa doença. Na maioria dos países, aproximadamente 50% dos pacientes desconhecem sua doença e por isso, não se tratam; 20 a 30% que conhecem sua doença não fazem nenhum tipo de tratamento (Malerbi & Franco, 1992). Geralmente após a manifestação clínica de alguma de suas complicações crônicas, de forma casual, 68% dos casos de DM são diagnosticados, o que aproximadamente dois terços da população de diabéticos têm o risco de apresentar complicações crônicas (Gagliardino et al., 2002).

Assim, define-se DM como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta e/ou incapacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos, caracterizando-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas (Sociedade Brasileira de Diabetes, 1999).

Existem quatro tipos principais de diabetes, a partir da classificação atual: tipo 1, tipo 2, outros tipos específicos e diabetes gestacional. O DM tipo 1 resulta primariamente da destruição das células β pancreáticas e tem tendência à

cetoacidose. O tipo 2 resulta de vários níveis de resistência e deficiência insulínica, sendo a maioria dos casos em pessoas obesas. A categoria outros tipos incluem os casos decorrentes de doenças pancreáticas, defeitos associados com outras doenças ou por indução de fármacos diabetogênicos. Já o DM gestacional é o DM ou intolerância a glicose diagnosticado pela primeira vez durante a gestação (Diabetes Care, 1997; Lerário, 1997).

O tratamento da pessoa diabética tem como finalidade obter um bom controle metabólico e o método objetivo utilizado para verificá-lo é análise dos parâmetros bioquímicos, uma vez que a falência do tratamento tem, como conseqüências a longo prazo, complicações crônicas micro e macrovasculares.

As pessoas diabéticas são susceptíveis a complicações crônicas e agudas. As complicações agudas incluem: cetoacidose; síndrome de hiperglicemia hiperosmolar e hipoglicemia.

Segundo Davidson (2001), as complicações crônicas podem ser agrupadas em três tipos principais: microvascular (nefropatia e retinopatia); macrovascular (coração isquêmico e doença vascular periférica) e neuropatia (periférica e autonômica).

Dessa maneira, o DM é uma doença de forte impacto social tanto pela morbidade como também pela mortalidade. Sabemos que a causa mais freqüente de mortalidade em DM é a doença

cardiovascular, sendo principal responsável pela redução da sobrevida dos diabéticos.

O aumento de três a quatro vezes na ocorrência de doenças cardiovasculares nos diabéticos em relação à população não-diabética está relacionado à própria doença e à agregação de vários fatores de risco cardiovasculares, como a obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia, também denominada de síndrome plurimetabólica (Lotufo, 1998; Bloch, 1998; Zanella et al., 1998; Mancini, 2001).

Essa complexidade de fatores de risco no DM exige uma abordagem multiprofissional para que ocorra sucesso no esquema terapêutico medicamentoso e não medicamentoso. Dessa maneira, dois estudos importantes investigaram os efeitos do tratamento intensivo mediante a abordagem de uma equipe multiprofissional especializada com resultados importantes para a prevenção das complicações crônicas.

O primeiro estudo, denominado Diabetes Control and Complications Trial–DCCT (1993), foi realizado nos Estados Unidos da América, com pessoas diabéticas tipo 1. Esse estudo demonstrou que, se o portador de diabetes estiver bem informado, monitorando adequadamente a glicemia, com esquema terapêutico insulínico intensivo poderá reduzir de 50 a 70% os riscos de complicações do diabetes, o que reforça a

importância da atuação efetiva dos profissionais de saúde, junto aos diabéticos (DCCT, 1993).

O segundo grande estudo prospectivo, realizado no Reino Unido, agora com pessoas diabéticas tipo 2, foi o United Kingdom Prospective Diabetes Study Group–UKPDS (1998) que analisou se o controle rigoroso da hiperglicemia e da hipertensão arterial é capaz de reduzir as complicações do DM e mortalidade, como também determinar as vantagens e desvantagens específicas atuais das sulfoniluréia, metformina e insulina.

Esse estudo demonstrou que as complicações crônicas podem ser prevenidas ou adiadas com um melhor controle glicêmico e tratamento concomitante dos outros fatores de riscos cardiovasculares. Outro resultado importante foi que o controle rigoroso da pressão arterial, nos pacientes diabéticos, tem efeito benéfico na redução do risco de complicações micro e macrovasculares. Quanto aos tratamentos medicamentosos intensivos, esses não foram capazes de atingir níveis de glicose/HbA1c próximos do normal ou prevenir sua nova elevação, não interrompendo, portanto, a progressão da doença.

Os resultados obtidos pelo DCCT (1993) e UKPDS (1998), demonstrando a redução e prevenção das complicações crônicas do DM, reforçam a importância da educação em diabetes como o caminho para o alcance desses objetivos.

1.2 A educação em diabetes

A educação em diabetes tem como marco histórico o trabalho iniciado na Clínica Joslin de Boston pelo Dr. Elliot P. Joslin em 1897, quando ele passou a exercer uma medicina preventiva com os diabéticos (Steiner & Lawrence, 1992).

Do ponto de vista histórico, a educação dos diabéticos incluía seções de atendimento hospitalar, com um profissional de enfermagem ou nutricionista orientando-os sobre a importância da automonitorização no controle do diabetes mellitus. Posteriormente, os programas hospitalares evoluíram para experiências mais custo-efetivas ambulatoriais em grupo, incluindo a instrução através de uma equipe multidisciplinar de especialistas em diabetes (Brown et al., 2002).

Essa estratégia educacional tem um impacto impressionante sobre o comportamento das pessoas com DM, sua evolução de saúde, assim como, nos custos de atendimento à saúde em diabetes, uma vez que, estudos mostraram que as mudanças no estilo de vida através da educação continuada dos diabéticos resultam em redução de peso, melhor controle glicêmico, da pressão arterial e lipídeos, e conseqüentemente, reduzem os riscos cardiovasculares (DCCT, 1993; UKPDS, 1998).

Nesse sentido, vários autores (Assal et al., 1985; Kronsbein et al., 1988; Ferraz et al., 2000; Gruesser et al., 1993; Mazze, 1986; Mazze & Simonson, 2001; Gagliardino et al., 2001) apontam o suporte educativo como o caminho para a obtenção de melhor controle glicêmico, sendo reconhecido como parte integrante da terapêutica.

Segundo Lessa (1998), muitas das estratégias atuais que estão resultando em sucesso para a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e DM são frutos de erros e acertos dos programas de intervenção desenvolvidos nos países do Primeiro Mundo. Refere ainda, que o Brasil, ao importar esses programas tais como são, deve adaptá-los racionalmente à realidade social e cultural de cada um e de suas próprias regiões.

A educação em diabetes para a obtenção do bom controle metabólico comporta a freqüência apropriada de automonitorização da glicose sangüínea, a terapia nutricional, a atividade física regular, os esquemas terapêuticos farmacológicos, as instruções sobre a prevenção e tratamento das complicações crônicas e agudas, a educação contínua e o reforço e avaliação periódica dos objetivos do tratamento (American Diabetes Association, 2001).

Assim, é importante que as pessoas diabéticas adquiram o conhecimento sobre as ferramentas de autocuidado em diabetes para as decisões diárias no seu cotidiano (International Diabetes Federation, 2002).

Apesar de amplamente recomendada, a educação em diabetes na América Latina, ainda é incipiente, e o grau de controle metabólico tem se apresentado insatisfatório (Gagliardino et al., 2002).

O DM como uma doença metabólica e com pouca expressão clínica, principalmente no tipo 2, contribui para que os pacientes dêem pouca importância e até mesmo negligenciem sua doença (Fraige Filho, 2001b).

A dificuldade de adaptação da pessoa diabética ao tratamento prescrito é ainda, o maior obstáculo para o controle do DM e prevenção das complicações agudas e crônicas. Uma razão para essa situação é a falta de compromisso individual no tratamento da doença, uma peça chave no sucesso da terapêutica que exige motivação, força de vontade, conhecimento e concordância com um regime vitalício, difícil e complexo (Gagliardino et al., 2001).

Cabe ainda ressaltar, o caráter assintomático da doença. Motivar as pessoas diabéticas, com níveis glicêmicos alterados, quando elas não têm ainda nenhum sinal ou sintoma da doença,

é um dos desafios que o profissional de saúde tem que enfrentar, no cuidado com essa clientela. Assim, as estratégias educacionais devem atender aos aspectos emocionais, sociais, de valores e crenças dessas pessoas em relação à própria saúde (Zanetti, 2002).

Para tanto, Zanetti (1996) afirma que os programas de saúde para o controle do DM devem conter ações individuais de assistência e ações populacionais de abrangência coletiva direcionadas à promoção da saúde, a fim de provocar impacto educacional e melhor resolubilidade. Refere ainda que, os programas de educação em diabetes devem visar ao atendimento global aos diabéticos, envolvendo a família na terapêutica. Portanto, é necessário que a equipe multiprofissional esteja capacitada e qualificada para o atendimento, o que tem sido recomendado por vários pesquisadores (Ferraz et al., 2000; Gagliardino et al., 2001; Mazze & Simonson, 2001).

Em relação à composição da equipe multiprofissional, o Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (2002) preconiza que a equipe mínima de Saúde da Família deve ser constituída por um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde, devendo atuar de forma integrada na abordagem da HAS e do DM. A inserção de outros profissionais,

especialmente nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos e professores de educação física é vista como enriquecedora, destacando-se a importância da ação interdisciplinar para a prevenção do DM e da HAS.

As expressões do tipo "trabalhar em equipe, trabalho multidisciplinar, equipes multiprofissionais^{*}, equipes de trabalho, equipes interdisciplinares, equipes transdisciplinares" e outras são comumente usadas na área de Saúde Mental e mais recentemente em outras áreas da Saúde (Campos, M.A., 1992).

O trabalho multiprofissional não é estático, nem compartimentado. O que muitas vezes é chamado de equipe multiprofissional, na realidade é um grupamento de profissionais de áreas diferentes. Um grupo de profissionais só se configura como equipe, quando opera de modo cooperativo, convergindo seus objetivos, de forma que haja complementariedade e não a soma ou superposição de conhecimentos (Campos, G.W.S., 1992).

A importância de reconhecer o papel da equipe multiprofissional na assistência em diabetes é fundamental, uma vez que, a "Educação" é o comprometimento com o processo de mudança do ser humano, envolvendo o educando numa

* Para fins deste trabalho, foi adotada a expressão equipe multiprofissional.

verdadeira parceria em sua percepção, conscientização, mudanças de atitudes e de valores (Castilho et al., 2001).

Programas educativos em diabetes demandam tempo, investimento, treinamento específico, capacidade de ensino e comunicação, disposição para ouvir e negociar, o que exige treinamento contínuo dos profissionais. Mesmo que as instituições de saúde fossem estruturadas para realizar a educação em diabetes, dificilmente teríamos educadores suficientes para atender à demanda (Gagliardino et al., 2001).

Devido à insuficiência de pessoal adequadamente formado e à falta de recursos, a maioria dos diabéticos não é acompanhada em centro especializado, especialmente, nos países em desenvolvimento. Lessa (1998) coloca que, dificilmente os diabéticos inseridos nos programas de saúde no Brasil, alcançarão controle metabólico satisfatório.

Em contrapartida, o Relatório Mundial da OMS refere que para melhorar o tratamento das condições crônicas, os tomadores de decisão precisam de conhecimento sobre a gravidade do problema das condições crônicas, liderança para tomar uma atitude, um entendimento claro sobre a situação atual do sistema de saúde e um plano de ação OMS (2003).

A situação do DM no Brasil, levou o Ministério da Saúde a constituir um comitê técnico com o objetivo geral de estabelecer

as diretrizes, estratégias e metas para o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Sistema Único de Saúde -SUS. Esse plano é composto por quatro fases (Fraige Filho, 2001a; PLANO, 2002).

A primeira fase, iniciada em outubro de 2000, refere-se a capacitação da equipe multiprofissional para o atendimento de portadores de DM na rede pública. Até então, foram capacitados 13.859 profissionais de saúde, sendo que a meta é capacitar 14.800 profissionais/multiplicadores (dois por Unidade Básica de Saúde). Em abril de 2002, teve início uma nova etapa de capacitação, visando municípios com população igual ou superior a cem mil habitantes (PLANO, 2002).

A segunda fase, constituiu-se da Campanha Nacional de Informação e Detecção de Casos Suspeitos de DM e HAS, que ocorreu no período de 6 de março a 7 de abril de 2001. Nessa campanha, foram encontrados quase três milhões de casos suspeitos e um milhão de pessoas com DM e HAS (PLANO, 2002).

A terceira fase, diz respeito à confirmação diagnóstica dos casos suspeitos e início da terapêutica. Foram realizados, no período de março a agosto de 2001, 1.213.390 exames de glicemia sérica, acima da média para o mesmo período de 2000. Esse número corresponde a aproximadamente um terço dos casos identificados como suspeitos. Dessa maneira, os diabéticos

efetivamente diagnosticados compreenderiam 347.211 casos (PLANO, 2002).

Nessa fase, ainda, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 371 no Diário Oficial da União de 6/03/2002, pág.88, criando o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, onde são garantidos, pelo Ministério da Saúde, após o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos pelos municípios, os seguintes medicamentos: glibenclamida, metformina, insulina, hidroclortiazida, propranolol e captopril (PLANO, 2002).

A última fase do plano é o diagnóstico, encaminhamento e tratamento das complicações crônicas do DM, ou seja, o acompanhamento das pessoas com DM e HAS. Para tanto, está sendo realizado o cadastramento nacional o que possibilitará aos gestores planejarem os recursos necessários para o atendimento dessa clientela (PLANO, 2002).

Assim sendo, um conhecimento eficaz do sistema de atendimento à saúde, bem como a orientação para a educação em diabetes podem permitir impacto na prevenção do diabetes e suas complicações, na qualidade de vida e na promoção da saúde das pessoas com DM (Williams et al., 2002).

1.3 O sistema de atenção à saúde e diabetes mellitus

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, no Sistema Único de Saúde, faz parte da dinâmica atual do setor saúde que busca a reorganização do acesso aos serviços e das novas modalidades de articulação dos interesses públicos e privados.

O grande marco histórico nesse processo foi, a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, que contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade. Nesse momento, houve consenso de que para o setor da saúde no Brasil não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira, mas sim, uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional que contemplasse a ampliação do conceito de saúde, segundo os preceitos da reforma sanitária.

A Constituição de 1988 enunciou as seguintes garantias para a sistematização das ações e dos serviços destinados à promoção, proteção, preservação e recuperação da saúde individual e coletiva:

- a) A saúde como um direito de cidadania e dever do Estado;
- b) A relevância pública das ações e serviços de saúde;
- c) A universalidade da cobertura de atendimento, tendo como princípio, a equidade da assistência;
- d) A descentralização da gestão administrativa com garantia de participação comunitária;
- e) A integração da rede pública de serviços num sistema único;

- f) A possibilidade de participação complementar do setor privado de serviços no sistema público de saúde;
- g) O co-financiamento dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;
- h) A direção única nas esferas do governo (União, Estados, Distrito Federal e Municípios);
- i) A saúde como resultante de políticas sociais e econômicas e de fatores que determinam e condicionam o estado de bem-estar físico, mental e social do indivíduo.

Dentre as idéias organizadoras do SUS está a descentralização do processo decisório e das ações para a organização e funcionamento dos sistemas locais de saúde. A descentralização é a forma de levar o processo decisório ao âmbito local, atendendo melhor às necessidades da população, dentro do espaço institucional, compondo o processo de Municipalização (Camelo et al., 2000).

A Municipalização da Saúde constitui uma alternativa para a mudança organizacional e política do setor público de saúde, na medida em que sua organização permite maior autonomia na gestão dos recursos, principalmente, os humanos.

Segundo Andrade et al. (2000) o Brasil vive um dos mais ricos processos de descentralização/municipalização do setor saúde, reconhecendo a necessidade de aprimoramento em algumas áreas e de criação de uma agenda que contemple esta discussão, fundamentada nos princípios da solidariedade e da justiça social.

O desafio para o SUS é atender às reais necessidades da população brasileira. Ele deve buscar equilíbrios dinâmicos entre interesses coletivos e individuais dos diferentes atores sociais de um sistema de atenção e a equidade e eficiência entre os controles e as liberdades dos profissionais.

Esta dinâmica social traz a necessidade de ações de promoção à saúde, preventiva e recuperativa nos sistemas de saúde. Segundo a OMS (2003), estas ações podem reduzir os efeitos negativos das condições crônicas à saúde da população e aos sistemas de saúde, sendo necessário o conhecimento do sistema de saúde.

O sistema de saúde é composto por três subsistemas que se inter-relacionam entre si: o subsistema de alta tecnologia, o privado autônomo e o público (Eibenschutz, 1996).

O sistema de **alta tecnologia** é composto por serviços públicos e privados, no entanto, a dedução de despesas médicas do imposto de renda pelas pessoas físicas representa uma forma de subsídio público ao financiamento da atenção privada. Já o sistema **privado autônomo** sofreu grande expansão na década de 90, é voltado para a classe média e trabalhadora do mercado formal. É composto por quatro modalidades de financiamento: a medicina de grupo, as cooperativas médicas, os planos próprios

das empresas–autogestão e planos administrados– e os seguros de saúde (Eibenschutz, 1996; BRASIL, 2002a).

O sistema **público** é entendido como o sistema sob a reitoria do Estado, sendo a atenção prestada pelos serviços estatais ou privados contratados–lucrativos e filantrópicos. Tem sido caracterizado como responsável pelo atendimento dos setores de menor poder aquisitivo (Médici, 1990).

Considera-se que a coexistência de dois sistemas distintos de saúde é viável. No entanto, são habituais as expressões como “só fica no SUS quem não tem recursos para comprar um plano” ou “quem pode pagar tem plano de saúde; então, o SUS pode cuidar melhor dos pobres”, expressões que pressupõem a existência de uma barreira intransponível entre as duas redes assistenciais. Dessa maneira, o único ponto de contato dessas duas realidades seria a oferta de tecnologias sofisticadas, de que, estabelecimentos públicos por vezes também dispõem (BRASIL, 2002a).

Contudo, ainda restam lacunas na reflexão sobre as inter-relações entre o SUS e os planos privados de saúde. Então, cabe uma melhor compreensão da complexidade e da heterogeneidade das empresas de assistência médica suplementar no Brasil (BRASIL, 2002a).

A **medicina de grupo** foi a modalidade pioneira desse segmento, no cenário brasileiro. Apresentou-se, desde os anos 60, como uma modalidade alternativa de atenção às necessidades médico-hospitalares, constituída por empresas médicas. Essas empresas, em sua maioria, não dispõem de serviços próprios e, predominantemente, contratam serviços médicos de terceiros. Sua estrutura inclui o credenciamento de médicos, de hospitais e de serviços auxiliares de diagnóstico e de terapêutica. O acesso dos segurados a esses serviços está vinculado ao pré-pagamento de planos de empresas, de planos individuais e familiares, com diferentes níveis de cobertura e de qualidade de serviço. O contratante paga antecipadamente pelo serviço de assistência médica e tem direito à cobertura dos eventos previstos no contrato; a cobertura pode dar-se tanto por intermédio de serviços próprios do contratado quanto através de uma rede conveniada, caso em que o contratado remunera os serviços profissionais e hospitalares prestados ao segurado. Essas empresas médicas funcionam como administradoras de planos de saúde de tipo diversificado, para contratantes diferenciados—empresas, indivíduos ou famílias (BRASIL, 2002a).

Uma outra modalidade desse setor de assistência médica é a das **cooperativas médicas**, regidas e organizadas segundo as leis do cooperativismo. Nessas, os médicos são cooperados e,

simultaneamente, sócios da cooperativa e prestadores de serviço. Os cooperados recebem pagamento proporcional ao tipo e ao volume do atendimento, acrescido de um valor que procede do rateio do lucro final das unidades de um dado município. Nas cooperativas médicas, a vinculação dos usuários também se faz mediante pré-pagamento a planos individuais, familiares e empresariais. Estas cooperativas, embora presentes em cerca de 80% do território brasileiro, têm organização predominantemente local/municipal; a quase totalidade deste segmento é constituída pelas Unimed_s, organizadas nacionalmente, na Confederação das Unimed_s do Brasil (BRASIL, 2002a).

Os **planos próprios das empresas** representam outra modalidade assistencial do setor, em que as empresas tanto podem administrar programas de assistência médica para seus funcionários—autogestão, como podem contratar terceiros para administrá-los— planos de administração. No primeiro caso, não existem intermediários entre o usuário, empregados e seus dependentes e o prestador de serviços de saúde, e as empresas administram programas de assistência diretamente, ou via Caixas e Fundações. Esses planos adotam regimes de credenciamento—convênios ou de livre escolha—reembolso. A empresa que implanta o sistema de autogestão ou de planos administrados,

estabelece o formato do plano, define o credenciamento dos médicos e hospitais e estabelece as carências e as coberturas (BRASIL, 2002a).

A última modalidade assistencial do setor é a dos chamados **seguros de saúde**. Nesses, existe intermediação financeira de uma entidade seguradora, que embora não preste diretamente assistência médico-hospitalar cobre segundo os termos da apólice do segurado, os custos da assistência. O seguro pode ser feito tanto por pessoa física quanto jurídica—empresas, em favor de pessoas físicas. O financiamento dessa modalidade também se dá através de um sistema de pré-pagamento, em que o contratante paga antecipadamente pelo serviço de assistência médica e tem direito à cobertura dos eventos previstos no contrato (BRASIL, 2002a).

Desde seu início, o empresariado da medicina no Brasil esteve fortemente ligado a determinadas demandas de empresas, especialmente da indústria de São Paulo, que buscavam alternativas de assistência para seus empregados, mais eficientes do que a da Previdência Social. As empresas médicas—cooperativas médicas e empresas de medicina de grupo, incentivadas pelas políticas de privatização que a Previdência Social estimulou, surgiram em São Paulo em meados da década

de 60 e se expandiram durante os anos 70, através dos convênios-empresa (BRASIL, 2002a).

No final dos anos 70, os convênios-empresa deixaram de ser intermediados pela Previdência Social e passaram a ser celebrados, diretamente, entre as empresas empregadoras e as empresas médicas. Até meados dos anos 80, o mercado de planos de saúde era, quase que exclusivamente, formado pelos planos de empresa. Nessa época, uma parte significativa das grandes operadoras de planos de saúde — como a Interclínicas, a Intermédica, a Medial, a Golden Cross e a Unimed — e os planos próprios das grandes montadoras, empresas estatais e de associações de categorias, como o dos bancários, já estavam consolidados.

Em 1981, segundo a Associação Brasileira de Medicina de Grupo -ABRAMGE, as medicinas de grupo respondiam pela cobertura de 8,5 milhões de pessoas, ou seja, cerca da metade dos 18,3 milhões de clientes contabilizados em 1999, conforme Quadro 1.

Quadro 1- Medicinas de Grupo, Cooperativas, Planos de Autogestão segundo o número de empresas e de clientes no Brasil, 2000

Modalidade Empresarial	Número de Empresas Empregadoras	Número Total de Clientes
Medicinas de Grupo (1999)*	48.500	18.300.000
Unimed's (1999) **	70.000	11.000.000
Autogestões (2000) ***	364	11.000.000

Fontes: * Abramge, 1999; ** Unimed, 1999 *apud* Bahia, L. (1999); *** Dados sobre autogestões extraídos do Informe de Imprensa Abramge 2000.

Essa expansão do mercado trouxe o consenso da necessidade de intervenção estatal sobre a atuação das operadoras de planos de saúde. Isto ocorreu com a promulgação da Lei nº 9656 em 3 de junho de 1998, já alterada, de acordo com os artigos da Medida Provisória n.º 1908-16, de 28 de julho de 1999, regulamentando os planos e seguros privados de assistência à saúde. Essa regulamentação representou um importante passo para delimitar o âmbito do plano de saúde, como o da prestação continuada de serviços, com a finalidade de garantir, sem restrições financeiras, assistência médica às famílias (BRASIL, 2002a).

A lógica da regulamentação tem como base quatro grandes áreas temáticas: ampliação das coberturas assistenciais e proteção do consumidor; relações entre os setores público e privado nos planos de saúde; funcionamento das operadoras de planos de saúde e fiscalização governamental e das agências reguladoras (BRASIL, 2002a).

Nesse sentido, o novo arranjo busca compensar a assimetria entre empresas e consumidores no mercado de planos de saúde. Por outro lado, a Lei 9.656 de 1998 –que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, já encontrou as relações entre consumidores e operadoras definidas pelo Código

Nacional de Defesa dos Consumidores, de caráter mais abrangente e capaz de gerar maior jurisprudência. Dessa maneira, a compatibilidade entre os dois regimes reguladores ainda não foi plenamente alcançada.

Assim, decorre dessa relação econômica um permanente conflito de interesses entre as empresas de planos de saúde; as empresas provedoras de serviços (hospitais, consultórios médicos e serviços de apoio diagnóstico-terapêuticos) e as famílias. Os serviços prestados por essas entidades são unicamente de natureza mercantil, isto é, a prestação dos serviços gera, necessariamente, uma receita.

As cooperativas médicas consistem em uma modalidade de organização segundo a qual os médicos responsáveis pela prestação dos serviços médicos são cooperados de uma entidade sem fins lucrativos; quaisquer recursos recebidos são definidos como reembolso de despesas ou então, como participação nos resultados da referida cooperativa (BRASIL, 2002a).

Antes da regulamentação de 1998, os planos de saúde não cobriam despesas com doenças crônicas, não atendiam usuários em razão de idade e disponibilizavam poucos serviços de emergências complexos, fazendo com que as pessoas utilizassem o sistema público para este tipo de atendimento.

A forma de organização da produção de ações de saúde mais conhecida e difundida busca atender à “demanda espontânea” de pessoas que procuram os serviços de saúde por “livre iniciativa” somente quando se sentem doentes. Isso ocorre nos serviços públicos e privados, predominantemente curativo, prejudicando o atendimento integral ao indivíduo e nível de saúde da população (Rouquayrol, 1995).

A especialização, a possibilidade de escolha dos provedores de serviços, a ausência de responsabilidade pelo acompanhamento dos clientes e a baixíssima ocorrência de ações voltadas para a prevenção e a promoção da saúde configuram-se como as principais características dos esquemas de assistência privados, voltados para o pronto-atendimento curativo dos trabalhadores especializados e de seus dependentes (BRASIL, 2002a).

Dessa maneira, o sistema de saúde público e privado sofre as implicações das mudanças nos padrões epidemiológicos e demográficos, ou seja, a queda da fertilidade, o aumento da expectativa de vida, o envelhecimento populacional, a diminuição da mortalidade devido a causas infecciosas, entre outras.

A transição demográfica nas Américas foi exacerbada pela rápida urbanização, crescente situação dos problemas ambientais, violência e desigualdades sociais e econômicas. Uma

conseqüência dessa transição demográfica é o aumento na incidência e prevalência de condições crônicas de saúde.

Tal superposição de problemas de saúde gera uma crescente demanda aos serviços de saúde, aumento nos custos da assistência médica, assim como, esse novo padrão epidemiológico requer uma assistência mais especializada, com incorporação de novas tecnologias e reestruturação da rede de assistência à saúde.

Segundo De Felice (1994), a assistência hospitalar é aceita como mais importante do que a assistência ambulatorial porque concentra pessoas com doenças mais graves e requer maiores recursos tecnológicos. Já a assistência ambulatorial pode salvar vidas e limitar incapacidades através da prevenção e a precoce intervenção na doença.

A prestação de serviços, apoiando a internação domiciliar e assistência continuada às pessoas com doenças crônicas e de transtornos mentais, tende a adquirir credibilidade, legitimidade e visibilidade para se transformarem, efetivamente, em estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde (Rouquayrol, 1995).

Além dos planos e seguros de saúde, que restringem suas coberturas à assistência médico-hospitalar, muitas empresas propiciam a seus empregados medicamentos, óculos, lentes e

assistência odontológica através de reembolso e de planos adicionais aos denominados convênios médicos. As despesas das empresas com benefícios relacionados diretamente à saúde ultrapassam, portanto, as que realizam com o pagamento de planos de saúde ou com a utilização de serviços médico-hospitalares. Assim, empresas de maior porte, pertencentes aos setores mais dinâmicos da economia e/ou sob regime de monopólio, bem como as que possuem trabalhadores mais organizados, tendem a ser mais pródigas nos benefícios (BRASIL, 2002a).

No sistema de saúde americano, usa-se o termo *atenção gerenciada* para descrever uma variedade de mecanismos pelos quais as operadoras de planos de saúde buscam conter os custos e/ou racionalizar a utilização de serviços, insumos incorporados, em cada tratamento. Tais planos e produtos fazem parte de um sistema que integra financiamento e prestação de assistência à saúde, bem como as organizações que oferecem tal cobertura - *health maintenance organizations/HMOs*, *preferred provider organizations/PPOs* e planos denominados *point-of-service/POS* - ponto de serviço-, consideradas formas mais atualizadas de prestação de serviços a oferecerem maior poder de escolha aos beneficiários (BRASIL, 2002a) .

Nesse sentido, os planos de saúde buscam conter os custos e oferecer o maior número de benefícios para diferenciar-se no mercado. Os problemas de saúde em sua grande maioria não necessitam de grandes recursos técnicos no estabelecimento de diagnóstico e podem ser resolvidos por medidas e condutas clínicas e terapêuticas simples através de médico e equipe de saúde capacitada (De Felice, 1994).

A complexidade do DM, seu caráter crônico e suas complicações crônicas e agudas exigem freqüentes períodos de atenção, supervisão médica e acompanhamento pela equipe de saúde. Para atender a estes aspectos, surgem os serviços de medicina preventiva nos planos de saúde oferecendo o apoio contínuo da equipe multiprofissional para complementar o atendimento do médico, principalmente, nas doenças crônico-degenerativas.

A noção de prevenção encontra-se na base das propostas da Medicina Preventiva que deram origem ao que hoje se conhece como o campo da Saúde Coletiva. As condutas preventivas podem ser utilizadas no âmbito da prática médica individual e nas práticas sociais com a finalidade de preservar a saúde e evitar as doenças (Teixeira, 2001).

Nessa perspectiva, a medicina preventiva constitui-se um espaço de mudanças nas práticas de saúde e contribui para a

organização dos sistemas de saúde público e privado, sendo fundamental para o atendimento eficaz em DM. Por outro lado, cabe ressaltar a preocupação das cooperativas médicas com a redução dos riscos de complicações importantes, e conseqüentemente, os custos da assistência médica.

A nossa participação na implantação do Serviço de Medicina Preventiva- SEMPRE favoreceu a implementação de ações de saúde em DM, constituindo-se em objeto da presente investigação avaliar o impacto do Serviço de medicina preventiva- SEMPRE utilizando alguns indicadores de saúde na atenção em diabetes mellitus.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Avaliar o impacto do Serviço de Medicina Preventiva - SEMPRE utilizando alguns indicadores de saúde na atenção em diabetes mellitus.

2.2 Objetivos Específicos

1. Descrever e analisar a atenção em diabetes mellitus no Serviço de Medicina Preventiva-SEMPRE;
2. Caracterizar as pessoas diabéticas cadastrados no Serviço de Medicina Preventiva, segundo variáveis sociodemográficas e relacionadas ao plano de saúde;
3. Analisar o perfil da população estudada, segundo peso corporal, pressão arterial e glicemia capilar pós-prandial por um período de um ano;
4. Comparar e analisar o número e custo de consultas médicas de urgência da população estudada, um ano antes e um ano depois da participação no Serviço de Medicina Preventiva e

5. Comparar e analisar o número de consultas médicas e o custo de procedimentos médicos realizados pela população estudada, um ano antes e um ano depois da participação no Serviço de Medicina Preventiva.

3 Material e métodos

3.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo de caso único. Segundo Yin (2001) é um tipo de estudo que consiste em esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões tomadas, implementadas e seus resultados.

A investigação de estudo de caso enfrenta uma situação tecnicamente única em que haverá mais variáveis de interesse do que ponto de dados, e, baseia-se em várias fontes de evidências. Os dados devem convergir em um formato de triângulo, beneficiando-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e análise dos dados Yin (2001).

3.2 Local do estudo – o caso

O estudo foi realizado em uma instituição privada, no interior do estado de São Paulo. Trata-se de uma cooperativa de trabalho médico que oferece assistência médica aos seus usuários em consultórios, serviços de urgências e emergências, de cuidados de enfermagem no domicílio (Unilar), serviço de medicina preventiva, farmácia e convênio com hospitais para internações a nível terciário de atendimento.

O Sistema Nacional de Saúde–Unimed foi criado em 1967, na cidade de Santos-SP, resultante de um movimento da categoria médica. Em abril de 1971, 163 médicos fundaram a sociedade cooperativista de serviço médico e hospitalar, a Unimed de Ribeirão Preto-SP. No decorrer desses anos, muitas mudanças foram realizadas para aperfeiçoar o atendimento e facilitar a vida do usuário.

O local de estudo eleito foi o Serviço de Medicina Preventiva (SEMPRE), inaugurado em junho de 2001. Esse serviço tem como objetivo oferecer apoio à pessoas com doenças crônicas, por meio da equipe multiprofissional de saúde.

O trabalho no SEMPRE é realizado por meio de encontros em grupo com a equipe multiprofissional. Os grupos existentes são de pessoas com doenças crônicas, tais como, diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade, asma e pessoas na fase

de climatério e terceira idade. O grupo eleito para o estudo foi de diabéticos adultos e crianças.

3.3 População base do estudo

A população-base foi constituída por 86 pessoas com DM encaminhadas pelos médicos cooperados e cadastrados no SEMPRE, no período de junho a novembro de 2001, pois no mês de dezembro não houve cadastramento de usuários no SEMPRE.

3.3.1 Critérios de Exclusão

Os seguintes critérios de exclusão foram considerados para a realização deste estudo:

- Ser excluído do plano de saúde no período estudado, pois impossibilitaria a análise dos custos diretos no serviço;
- Ter frequência menor que 75% nas atividades em grupo realizadas no SEMPRE, para permitir a análise dos parâmetros de controle metabólico.

Das 86 pessoas com DM cadastradas no SEMPRE, 44 foram excluídas segundo o mês de cadastro, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição numérica das pessoas com diabetes cadastradas e excluídas do SEMPRE segundo o mês de cadastro. Ribeirão Preto, SP, 2002

Mês de cadastro	Nº de cadastros	Nº de exclusões	Total
Junho/2001	11	2	9
Julho/2001	14	10	4
Agosto/2001	27	15	12
Setembro/2001	18	10	8
Outubro/2001	15	6	9
Novembro/2001	1	1	0
Total	86	44	42

Fonte: Serviço de Medicina Preventiva da Unimed de Ribeirão Preto, 2002

Dos 44 sujeitos excluídos, atendendo aos critérios previamente estabelecidos, 3 foram excluídos do plano de saúde e 41 apresentaram frequência menor que 75% nas atividades grupais do SEMPRE, sendo que desses, 24 desistiram de participar das atividades propostas do SEMPRE por motivos pessoais e comportamentais, tais como, mudanças de trabalho, de cidade, dificuldades de horário, cuidar dos netos, entre outros; 11 nunca vieram ao SEMPRE, 4 afastaram-se do SEMPRE por motivos relacionados a complicações da doença e 2 por questões socioeconômicas relacionadas ao transporte (Tabela 2).

3.3.2 População estudada

A população do estudo foi constituída por 42 pessoas com DM tipos 1 e 2 que participaram do programa de atendimento multiprofissional em DM e foram cadastradas no SEMPRE no período de junho a novembro de 2001.

Tabela 2- Distribuição numérica das pessoas com diabetes mellitus cadastradas no SEMPRE, segundo os motivos de exclusão. Ribeirão Preto, SP, 2002

Mês de cadastro	Frequência menor que 75% nas atividades em grupo				Exclusão do plano de saúde		Total
	Pessoais e comportamentais	Nunca vieram ao serviço	Socioeconômicos	Relacionados a doença	Exclusão do plano de saúde		
Jun.	1	0	0	0	1		02
Jul.	10	0	0	0	0		10
Agos.	4	7	2	1	1		15
Set.	3	4	0	2	1		10
Out.	6	0	0	0	0		6
Nov.	0	0	0	1	0		1
Total	24	11	2	4	3		44

Fonte: Serviço de Medicina Preventiva da Unimed de Ribeirão Preto, 2002

3.4 Definição das Variáveis do Estudo

Variáveis sociodemográficas

- **Sexo:** foram considerados indivíduos de ambos os sexos, feminino e masculino;
- **Idade:** a idade foi agrupada segundo as faixas etárias de 0 a 9 anos de idade, 10 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79, até mais de 80 anos de idade, sendo expressa em anos completos;
- **Estado civil:** foi classificado em casado ou amasiado, separado ou divorciado, viúvo ou solteiro, conforme o registro no ato do cadastramento.
- **Escolaridade:** foi considerada a escolaridade conforme o nível educacional em primeiro, segundo, terceiro grau completo ou incompleto. A pessoa que sabe assinar o nome foi considerada alfabetizada sem escolaridade e analfabeta a

que não sabe assinar o nome, conforme o registro no ato do cadastramento.

Variáveis relacionadas ao plano de saúde

- **Tipo de plano de assistência médica:** considerado o tipo de **plano particular** em pré-pagamento (o contratante paga antecipadamente pelo serviço de assistência médica e tem direito à cobertura dos eventos previstos no contrato), **empresa** em pré-pagamento (o contratante é uma empresa) ou **custo operacional** (o contratante assume os riscos, pagando somente pelos serviços efetivamente utilizados em regime de pós-pagamento);
- **Tempo de convênio com o plano de saúde:** considerado o tempo em anos completos.

Variáveis relacionadas aos parâmetros clínicos e antropométricos

Peso corporal: foi considerado o peso em quilograma (Kg) registrado no primeiro dia de comparecimento da pessoa diabética no SEMPRE. A partir daí, considerou-se a média mensal das medidas registradas no período de um ano no SEMPRE. Para os adultos diabéticos tipo 2 foram calculados o Índice de massa corporal. Para as crianças diabéticas tipo 1, foram considerados os percentis da curva Peso/Idade no gráfico segundo a

Classificação de Crescimento e desenvolvimento (Marcondes et al., 1982) a saber:

Acima de P90- Peso muito acima do esperado, obesidade

P90 a P75- Peso acima do esperado, normal, mas com risco para obesidade

P75 a P25- Peso adequado, normal

P25 a P10- Peso abaixo do esperado, normal, mas com risco para ganho insuficiente de peso, desnutrição

Abaixo de P10- Peso muito abaixo do esperado, desnutrição

Altura: foi considerado o valor em m^2 , para o cálculo do Índice de massa corporal (IMC) para os diabéticos tipo 2. Em relação às crianças, foram considerados os percentis de Altura/Idade segundo a Classificação de Crescimento e desenvolvimento (Marcondes et al., 1982), conforme descritas a seguir:

Acima de P90- Estatura muito acima da esperada, "Gigantismo"

P90 a P75- Estatura acima da esperada, normal, mas com risco para "Gigantismo"

P75 a P25- Estatura adequada, normal

P25 a P10- Estatura abaixo da esperada, normal, mas com risco para déficit de estatura "Nanismo"

Abaixo de P10- Estatura muito abaixo da esperada, "Nanismo"

Índice de massa corporal: obtido pela divisão entre o peso (quilograma) pela altura (metros) ao quadrado. Foi consultado o IMC registrado no primeiro dia de comparecimento, no SEMPRE. A partir daí, considerou-se a média mensal das medidas registradas no período de um ano no SEMPRE. A

classificação utilizada foi a recomendada pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 1998)- Quadro 2.

Quadro 2- Classificação de obesidade, segundo a Organização Mundial de Saúde -OMS, 1998

Classificação	IMC (kg/m ²)	Risco de Co-morbidade
Normal	18,5 - 24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0 - 29,9	Pouco aumentado
Obeso classe I	30,0 - 34,9	Moderado
Obeso classe II	35,0 - 39,9	Grave
Obeso classe III	> 40	Muito grave

Fonte: World Health Organization, 1998.

Pressão arterial: foi considerado o valor da pressão arterial sistólica e diastólica registrado no primeiro dia de comparecimento no SEMPRES. A partir daí, considerou-se a média mensal das medidas registradas no período de um ano no SEMPRES. A classificação utilizada foi a recomendada pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (1998), conforme Quadro 3.

Quadro 3- Classificação diagnóstica da hipertensão arterial em maiores de 18 anos, segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, 1998

Pressão Arterial Sistólica -PAS (mmHg)	Pressão Arterial Diastólica -PAD (mmHg)	Classificação
< 130	< 85	Normal
130 – 139	85 - 89	Normal Limítrofe
140 – 159	90 - 99	Hipertensão Leve (estágio 1)
160 – 179	100 - 109	Hipertensão Moderada (estágio 2)
≥ 180	≥ 110	Hipertensão Grave (estágio 3)
≥ 140	< 90	Hipertensão Sistólica (isolada)

Fonte: Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, 1998.

Glicemia capilar: Analisou-se a medida registrada no primeiro dia de comparecimento no SEMPRE. A partir daí, considerou-se a média mensal das medidas registradas no período de um ano. A unidade de referência utilizada foi mg/dl. Para as metas de controle metabólico, utilizamos os parâmetros glicêmicos para a glicemia pós-prandial, conforme Quadro 4.

Quadro 4-Controle dos parâmetros glicêmicos para glicemia pós-prandial, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, 1999

Glicemia Capilar Pós-prandial mg/dl	Bom	Aceitável	Ruim
	80 – 140	141 - 180	> 180

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 1999.

Variáveis relacionadas as consultas médicas e custos dos procedimentos médicos

- **Consultas e procedimentos médicos:** considerado o número de consultas realizadas no período de um ano antes e um ano no SEMPRE e o valor pago pela cooperativa em reais. considerou-se o valor gasto em exames complementares ao diagnóstico e tratamento, tais como, glicemia capilar, hemoglobina glicosilada, entre outros, no período de um ano antes e um ano no SEMPRE.
- **Consultas e procedimentos médicos de urgência:** considerado o número de consultas realizadas no período de

um ano antes e um ano no SEMPRE e o valor pago pela cooperativa em reais.

O Índice Geral de Preços de Mercado IGPM foi considerado para reajustar o valor em reais até novembro de 2003 (Banco Central do Brasil, 2003).

3.5 A elaboração do instrumento de coleta de dados

Um instrumento sistematizado de coleta de dados foi elaborado, considerando as variáveis de interesse para o presente estudo. O instrumento contém duas planilhas construídas no programa Microsoft Excel-1997. A primeira, denominada **custos diretos** contendo dados das variáveis sociodemográficas, as relacionadas ao plano de saúde e aos custos diretos da assistência médica (Anexo A).

A segunda, denominada **parâmetros metabólicos** contém os dados das variáveis relacionadas aos parâmetros clínicos e antropométricos (Anexo A).

3.6 Período da coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2002 a abril de 2003.

3.7 Coleta de dados

Para Yin (2001) a coleta de dados deve estar fundamentada em três princípios a saber: a utilização de várias fontes de evidências, criação de um banco de dados e a manutenção de um encadeamento de evidências.

As evidências para um estudo de caso podem vir de seis fontes distintas: documentação, registros em arquivos, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos (Yin, 2001). Nesse estudo, a coleta de dados foi realizada utilizando-se de quatro fontes de evidências: documentação, registros em arquivos, observação direta e observação participante.

Na **documentação** foram consultadas as agendas, relatórios de reuniões e documentos administrativos internos do SEMPRE. Os **registros em arquivos** foram obtidos por meio de consulta manual em dois sistemas informatizados, no local do estudo realizados pelo próprio pesquisador e um auxiliar administrativo, previamente treinado.

No primeiro sistema informatizado denominado *SEMPRE-Qualidade de vida*, o acesso foi realizado através do nome do usuário do SEMPRE. Nesse sistema, foram extraídas as informações sobre as variáveis sociodemográficas (data de cadastro, sexo, idade, estado civil e escolaridade) e as

relacionadas aos parâmetros clínicos e antropométricos (altura, peso corporal, IMC, pressão arterial e glicemia capilar pós-prandial).

No segundo, denominado *Serious-Unimed-RP*, o acesso foi realizado através do código do usuário na cooperativa, registrado na ficha cadastral de cada usuário. Nesse sistema, obtivemos as informações sobre as variáveis relacionadas ao plano de saúde (tipo de plano e tempo de uso do plano) e as relacionadas aos custos diretos da assistência médica (número e valor em reais de consultas médicas, procedimentos médicos, número e valor em reais de consultas de urgências).

A **observação direta** e a **participante** foram realizadas pelo pesquisador durante as atividades realizadas no SEMPRE. Segundo Triviños (1992) o fato do pesquisador estar imerso na pesquisa, ele deve estar atento a uma série de detalhes, o que revela o primordial do mundo social que se está estudando. Ressalta, também a importância do pesquisador possuir amplo domínio do assunto e o aprofundamento necessário sobre a teoria geral que orienta o seu trabalho de campo.

Para a criação do banco de dados, as informações obtidas nos arquivos dos sistemas informatizados Serious e Qualidade de vida foram registradas nas planilhas previamente elaboradas e digitadas no Microsoft excel-1997.

Para garantir a confiabilidade dos resultados da coleta de dados procurou-se encadear as evidências conforme a análise descrita a seguir.

3.8 Análise dos dados

A análise das evidências permitiu construir uma explanação sobre o caso, considerando os aspectos mais significativos para o estudo. Para tanto, foram realizadas leituras exaustivas da documentação, das observações realizadas no campo e interpretação do banco de dados.

Para a análise estatística utilizamos os testes para dados pareados, uma vez que as variáveis foram observadas em tempos diferentes com os mesmos indivíduos. Considerando que o nosso interesse é observar a ocorrência de redução nos valores médios das variáveis, antes e após a participação no SEMPRE, utilizamos o teste t-student para diferença entre médias, admitindo dados pareados. Para tanto, elaboramos as seguintes hipóteses:

Hipótese Inicial H_0 : Não existe diferença significativa entre as médias dos indivíduos antes e após o SEMPRE.

H_1 : existe diferença significativa entre as médias dos indivíduos antes e após o SEMPRE, na redução do valor médio.

Os dados foram organizados e apresentados em gráficos, tabelas e quadros.

Segundo Yin (2001) o estudo de caso beneficia-se do desenvolvimento de proposições teóricas para conduzir a análise dos dados. Nessa direção, utilizamos a abordagem de avaliação em saúde desenvolvida por Donabedian (1980). Esse autor, considera a tríade "**estrutura-processo-resultado**", a partir do referencial teórico sistêmico, utilizado em vários estudos (Felisberto et al., 2002; Reis et al., 1997; Tanaka, 1990; Assunção et al., 2001).

A capacidade do sistema de serviços de saúde é o que propicia a prestação dos serviços. Quanto à **estrutura**, alguns indicadores principais da situação dos serviços: (o pessoal, a produção de serviços, os prédios e os componentes físicos das instalações, a acessibilidade, recursos financeiros, estoque).

Os **processos** de um sistema de serviços de saúde são ações que constituem a oferta e o recebimento de serviços, corresponderia ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e usuários.

Os sistemas de saúde devem ser responsáveis por seu desempenho, o que leva a garantir a qualidade da assistência. A avaliação de saúde e doença (condição de saúde) serve para facilitar a prestação do atendimento clínico, dispor e administrar recursos de acordo com a extensão da necessidade e medir o impacto (**resultados**) de serviços de saúde. Os indicadores

podem ser dados demográficos, sociais e econômicos, como mudanças relacionadas com conhecimento e comportamentos, bem como a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado (Donabedian, 1992).

3.9 Aspectos éticos

O estudo foi realizado após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa do local de estudo, atendendo à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em novembro de 2002.

4 Resultados

Os resultados serão apresentados de acordo com a seqüência dos objetivos propostos para o presente estudo.

4.1 Descrição da atenção em diabetes mellitus no SEMPRE

O Serviço de Medicina Preventiva-SEMPRE busca complementar a assistência médica às pessoas com doenças crônicas com o apoio de uma equipe multiprofissional e possui os seguintes objetivos:

- Fornecer informações às pessoas com doenças crônicas sobre seu tratamento;
- Oferecer apoio da equipe multidisciplinar na terapêutica prescrita pelos cooperados;
- Promover grupos educativos, reunindo pessoas com doenças semelhantes;
- Promover a troca de experiências nos grupos;

- Oferecer atividades físicas direcionadas aos usuários cadastrados no SEMPRE;
- Prevenir complicações de doenças crônicas não transmissíveis através da diminuição dos fatores de risco para doenças coronarianas;
- Restaurar e manter o autocuidado, estimulando a independência e auto-estima dos usuários;
- Promover mudanças no estilo de vida dos usuários, prevenindo o risco de doenças crônicas não transmissíveis;
- Reduzir custos da cooperativa em procedimentos médicos relativos a complicações crônicas ou agudas, exames e internações eletivas e de urgências;
- Educação continuada dos profissionais envolvidos no SEMPRE e,
- Promover Marketing Institucional.

O SEMPRE está localizado no centro da cidade de Ribeirão Preto-SP. A escolha dessa localização teve como objetivo facilitar o acesso ao usuário, maior disponibilidade de transporte, proximidade com o prédio central da cooperativa, para quando necessário, facilitar a liberação de guias.

Após a definição do local e a aquisição do prédio, realizou-se uma reforma em tempo médio de seis meses. Esta reforma buscou atender às normas da Vigilância Sanitária, além de

possibilitar o acesso de deficientes físicos, reserva de vagas no estacionamento e sanitários adaptados para a terceira idade.

A **estrutura física** da casa possui dois andares. No andar inferior, localizam-se a recepção e três salas de aulas com capacidade média de 15 pessoas para as atividades em grupos. Conta ainda, com duas salas de curativos, um posto de enfermagem, uma sala de expurgo para tratamento dos materiais. No andar superior, localiza-se o serviço administrativo com três salas e uma copa para os funcionários (Anexos B e C).

Quanto aos **recursos humanos**, os profissionais lotados no SEMPRE foram contratados de acordo com a necessidade devido ao crescimento do serviço. A equipe de profissionais está constituída por quatro auxiliares administrativos, duas enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem, uma terapeuta ocupacional, que foram selecionados pela coordenação. A coordenação geral do Serviço é realizada por um médico e uma enfermeira.

Os serviços prestados pelos profissionais da nutrição, psicologia e fisioterapia são terceirizados, atendendo aos usuários tanto do SEMPRE como do UNILAR, em horários diversificados. A remuneração é paga por hora e tipo de atividades (reunião, grupo no SEMPRE e visita domiciliar) realizadas durante o mês. Esses serviços disponibilizam quatro

nutricionistas, nove psicólogas e duas fisioterapeutas para o SEMPRE.

A escolha dos profissionais terceirizados ocorreu após indicação de cooperados envolvidos com doenças crônicas, em especial, diabetes mellitus. Foram realizadas várias reuniões para a negociação do contrato de trabalho com a cooperativa.

Cabe ressaltar que os coordenadores das equipes de psicologia e nutrição, em conjunto com as enfermeiras e terapeuta ocupacional, realizam **reuniões semanais** para a elaboração e discussão do cronograma de atendimento, atuação dos profissionais, discussão e avaliação dos casos, remanejamento dos participantes nos grupos. Esses profissionais são responsáveis pela demanda maior de atendimento no SEMPRE.

As duplas responsáveis pelo atendimento dos grupos (nutrição e psicologia) reúnem-se **quinzenalmente** para discussão dos casos, avaliação do programa e do grupo, relatando por escrito e verbalmente aos coordenadores de cada equipe.

A equipe de profissionais (coordenadores da psicologia, nutrição, fisioterapia, a terapia ocupacional, o educador físico e as enfermeiras) reúne-se com o coordenador médico

mensalmente para avaliação dos resultados obtidos e planejamento da programação do SEMPRES.

O SEMPRES iniciou as atividades em 11 de junho de 2001, após a realização de uma campanha de divulgação na mídia e reunião com os cooperados, a fim de sensibilizá-los para este tipo de atendimento.

Todas as atividades são realizadas em grupo, não há atendimento individual. As atividades em grupo são ações educativas e terapêuticas em saúde, onde a convivência estimula a relação social, possibilitando a troca de informações e experiências, apoio mútuo, permitindo a expressão de medos e expectativas. As atividades são realizadas por meio de encontros semanais, com duração de uma hora, sempre no mesmo horário, sala e dia da semana, fixados para cada grupo. O horário de funcionamento é das 7h30 às 22:00 horas.

O funcionamento do SEMPRES é baseado no modelo de atendimento multiprofissional. Os usuários da cooperativa médica, após o encaminhamento médico, participam do SEMPRES, sem custo adicional na mensalidade do plano de cobertura médica. Após o encaminhamento médico, por receituário ou guia de encaminhamento, o usuário entra em contato com o SEMPRES. Nesse primeiro contato—pessoal ou por telefone são verificados o código do usuário na cooperativa, o nome do cooperado e o

motivo do encaminhamento, sendo que estes dados são anotados em uma ficha de inscrição (Anexo D).

Nesse momento inicial, é realizado um convite para que o usuário participe da **Atividade de Integração**, onde são apresentados os direitos e deveres do usuário no SEMPRE (Anexo E). Esta atividade é realizada em grupo, com no máximo 15 pessoas, em horários determinados pela coordenação, semanalmente. A atividade de integração é desenvolvida da seguinte maneira:

1. Recebimento do encaminhamento médico pela funcionária da recepção, sendo anexado à ficha de inscrição;
2. No posto de enfermagem, é realizada a mensuração do peso corporal, altura, glicemia capilar pós-prandial, pressão arterial e a circunferência abdominal, do quadril e do membro superior esquerdo. Nesse momento, os usuários são agendados para as futuras mensurações (Anexo F). Esses dados são anotados em uma ficha de Anamnese SEMPRE (Anexo G);
3. Apresentação dos objetivos do atendimento multiprofissional oferecido no SEMPRE, e também esclarecimento dos direitos e deveres do usuário;

4. Avaliação do usuário pelo enfermeiro ou terapeuta ocupacional para a formação dos grupos. Os critérios para a formação dos grupos são descritos a seguir:

- Preferência pelo turno de horário (manhã, tarde e noite);
- Características pessoais: idade (crianças, adolescentes, adultos jovens, terceira idade), sexo (mulheres no climatério), nível cultural e socioeconômico (escolaridade, ocupação, procedência), doenças preexistentes (diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade, entre outras);
- Situações especiais: deficiências auditivas e visuais, complicações de doenças crônicas, seqüelas incapacitantes com dificuldades na fala e locomoção, distúrbios mentais e outras situações que impossibilitem ou dificultem o trabalho em grupo. Nesse momento, é avaliado a situação e discutido com o cooperado o seguimento individual no consultório médico, ou no Unilar, porém não há o atendimento individual no SEMPRE;

De acordo com a disponibilidade de vagas nos grupos e após a análise das características pessoais, preferência de horário e situações especiais, os usuários são agendados para o início das atividades no SEMPRE, com data, dia da semana e horário e profissional responsável pelo grupo.

No primeiro dia de comparecimento do usuário ao grupo, ele é cadastrado no Sistema Informatizado do SEMPRE. Essa necessidade surgiu pelo considerável número de pessoas que foram encaminhadas pelo médico e não compareciam às atividades de grupo programadas.

Na recepção, o usuário é cadastrado no Sistema Informatizado Qualidade de Vida - SEMPRE, utilizando-se de um Registro Geral (RG) em prontuário eletrônico, no grupo específico após a avaliação na atividade de integração. Nesse momento, o usuário recebe um crachá de identificação, um cartão para registro das mensurações de enfermagem, uma pasta e um bloco de anotações. Após, o usuário é encaminhado para a sala onde serão realizadas as atividades em grupo.

As atividades em grupo programadas para os usuários no SEMPRE são:

- **Cursos educativos:** oferecidos para gestantes, pessoas com asma e cuidadores de usuários cadastrados no Unilar;
- **Grupos de integração:** são desenvolvidos por profissionais da equipe de nutrição ou psicologia.

Os **cursos educativos** foram criados para atender a uma clientela específica, como por exemplo, gestantes que necessitam de abordagem rápida preventiva integrada e multiprofissional. Cabe ressaltar que, para as pessoas asmáticas

o curso é uma estratégia educativa que tem o objetivo de preparar o usuário e família para o inverno onde as crises asmáticas são mais prevalentes. Quanto aos cuidadores dos usuários cadastrados no Unilar, eles são convidados a participar do curso ministrado pela própria equipe de enfermagem do Unilar e demais profissionais da equipe.

Os **grupos de integração** têm o objetivo de demonstrar ao usuário o trabalho realizado no SEMPRE pelos profissionais da área de psicologia e nutrição; integrar o usuário às atividades (enfermagem, atividade física, extras entre outras) e estreitar vínculos com a equipe e o SEMPRE. Esses grupos são abertos, permitindo que novas pessoas sejam automaticamente admitidas de acordo com a disponibilidade de vagas. A composição do grupo é de aproximadamente 15 pessoas, com duração mínima de 2 meses e máxima de 4 meses, dependendo da avaliação do profissional responsável pelo grupo.

O grupo de integração desenvolvido pela equipe de nutrição visa à reeducação alimentar, através de aquisição de hábitos saudáveis alimentares, de conhecimentos e levantamento das necessidades individuais e grupais dos usuários.

O grupo de integração desenvolvido pela equipe de psicologia tem como objetivo promover a qualidade de vida, auxiliando os usuários para o enfrentamento de dificuldades no

seu cotidiano quanto às mudanças no estilo de vida, necessários para o controle da doença.

Ao término das atividades dos grupos de integração, os usuários são agendados em programas específicos de acordo com a doença. Os programas específicos abordam as seguintes doenças e fases da vida: pessoas com diabetes mellitus (adultos e crianças), hipertensão arterial, obesidade (adultos e crianças), mulheres mastectomizadas e no climatério e terceira idade.

Os **Programas** diferenciam-se do grupo de integração pelos conteúdos específicos desenvolvidos pela equipe, as doenças semelhantes no grupo dos usuários (DM, HAS, obesidade) ou fase da vida (climatério, terceira idade). A cada encontro, a coordenação do grupo é realizada por um profissional da equipe, ou seja, na primeira semana o enfermeiro, na segunda o nutricionista, na terceira o psicólogo, e assim sucessivamente, até completar seis meses, com encontros semanais, sendo no máximo 15 pessoas (Anexo H).

As crianças diabéticas e obesas para participar dos programas precisam ser acompanhadas dos pais e/ou responsável. Enquanto as crianças participam de atividades com o nutricionista, os pais e/ou responsável participam de atividades com a psicóloga, alternando os profissionais semanalmente. Desta maneira, permite que os profissionais

avaliem as crianças e os pais, evoluindo as dificuldades de cada participante na adesão a terapêutica.

Os usuários que completam os programas específicos e recebem uma avaliação satisfatória do profissional responsável pelo grupo passam para a fase de manutenção no SEMPRE.

A fase de **Manutenção** tem como objetivo preparar o usuário para implementar as orientações fornecidas pelos profissionais no SEMPRE. Para tanto, os encontros são quinzenais, coordenados pelo psicólogo e nutricionista, buscando reforçar as mudanças de comportamento em busca de hábitos de vida saudáveis.

Na fase de manutenção, intensifica-se o reforço positivo quanto às participações nas atividades extras, que são oferecidas sem custo adicional ao usuário. No entanto, é condição obrigatória, pelo menos uma vez por mês, para participar das atividades extras verificar no posto de enfermagem o peso corporal, glicemia pós-prandial, pressão arterial. Esse controle é uma tentativa de reintegração do usuário nos programas específicos.

As **atividades extras** referem-se às atividades de tai-chi-chuan, dança de salão, oficinas terapêuticas, oficinas artísticas, teatro, atividade física, culinária, entre outras. Em relação à atividade física é solicitada ao usuário a apresentação de um

atestado médico liberando o início e tipo de atividade a ser desenvolvida. Todas essas atividades são coordenadas por uma terapeuta ocupacional.

Também outras parcerias foram realizadas, tais como academia de ginástica, escola de informática, loja de produtos dietéticos, academia de yoga, entre outras, implementando os benefícios para os usuários do SEMPRE.

Em relação à avaliação do Serviço e dos usuários, no Quadro 5 apresentamos os instrumentos utilizados, os profissionais que aplicam cada um deles, os objetivos e o momento da aplicação e/ou sua reaplicação.

Quadro 5-Instrumentos utilizados para avaliação do usuário e do SEMPRE segundo o tipo de atividade, reaplicação, objetivo e profissional responsável, 2002

Instrumento	Tipo de atividade	de	Reaplicação	Objetivo	Prof.
Anamnese (Anexo G)	Atividade de integração	de		Identificar os fatores de risco para as doenças cardiovasculares	Enfermagem
<i>Whoq-bref</i> - qualidade de vida (Anexo I)	1º dia do grupo de integração ou Programa específico	de ou	6 meses	Identificar a qualidade de vida dos usuários	Psicologia
Recordatório Alimentar (Anexo J)	1º dia do grupo de integração ou Programa específico	de ou	6 meses	Identificar as mudanças nos hábitos alimentares	Nutrição
Satisfação do usuário (Anexo K)	Penúltimo dia de encontro dos programas específicos	de dos	Anualmente	Identificar o nível de satisfação do usuário com o SEMPRE e os profissionais envolvidos	Todos

Fonte: Serviço de Medicina Preventiva da Unimed de Ribeirão Preto, 2002

4.2 Caracterização das pessoas diabéticas atendidas no SEMPRE, segundo variáveis sociodemográficas

Dos 42 (100%) sujeitos diabéticos investigados, 36 (85,7%) apresentam diabetes tipo 2 e 6 (14,2%) tipo 1. Desses, 2 (33,3%) são do sexo masculino e 4 (66,7%) do feminino. Quanto aos sujeitos diabéticos tipo 2, 25 (69,4%) são do sexo feminino e 11 (30,6%) do masculino (Tabela 3).

Em relação ao estado civil dos diabéticos, os dados mais expressivos apontam que 23 (64,0%) diabéticos do tipo 2 são casados. Quanto à escolaridade, no tipo 1, 5 (83,0%) crianças cursavam o Primeiro Grau. No tipo 2, 15 (42,0%) possuíam o Terceiro Grau completo, seguido de 11 (30,0%) com o segundo grau completo e 10 (28,0%) com o primeiro grau incompleto (Tabela 3).

A idade variou de 7 a 85 anos de idade, predominando 15 (41,7%) pessoas com DM tipo 2 na faixa etária de 70 a 79 anos, seguido de 10 (27,8%) na faixa etária de 60 a 69 anos. No diabetes tipo 1, 3 (50%) crianças encontravam-se na faixa etária de a 0 a 9 anos (Tabela 3).

Tabela 3-Distribuição numérica e percentual das pessoas com DM tipos 1 e 2, segundo o sexo, estado civil, escolaridade e idade. Ribeirão Preto-SP, 2002

	Diabetes tipo 1 n= 6		Diabetes tipo 2 n= 36		Total n=42	
Sexo	nº	%	nº	%	nº	%
Feminino	04	66,7	25	69,4	29	69,0
Masculino	02	33,3	11	30,6	13	31,0
Total	06	100,0	36	100,0	42	100,0
Estado Civil	nº	%	nº	%	nº	%
Solteiro	05	83,0	09	25,0	14	33,0
Casado	01	17,0	23	64,0	24	57,0
Viúvo	00	-	02	5,5	2	5,0
Desquitado	00	-	02	5,5	2	5,0
Total	06	100,0	36	100,0	42	100,0
Escolaridade	nº	%	nº	%	nº	%
1º grau incompleto	05	83,0	10	28,0	15	36,0
2º grau completo	01	17,0	11	30,0	12	28,0
3º grau completo	-	-	15	42,0	15	36,0
Total	06	100,0	36	100,0	42	100,0
Idade	nº	%	nº	%	nº	%
00 à 09 anos	3	50,0	-		3	7,0
10 à 18 anos	2	33,3	-		2	4,8
18 à 29 anos	-		-		-	-
30 à 39 anos	-		1	2,8	1	2,4
40 à 49 anos	-		2	5,5	2	4,8
50 à 59 anos	-		7	19,4	7	16,7
60 à 69 anos	1	16,7	10	27,8	11	26,2
70 à 79 anos	-		15	41,7	15	35,7
80 à 89 anos	-		1	2,8	1	2,4
Total	06	100,0	36	100,0	42	100,0

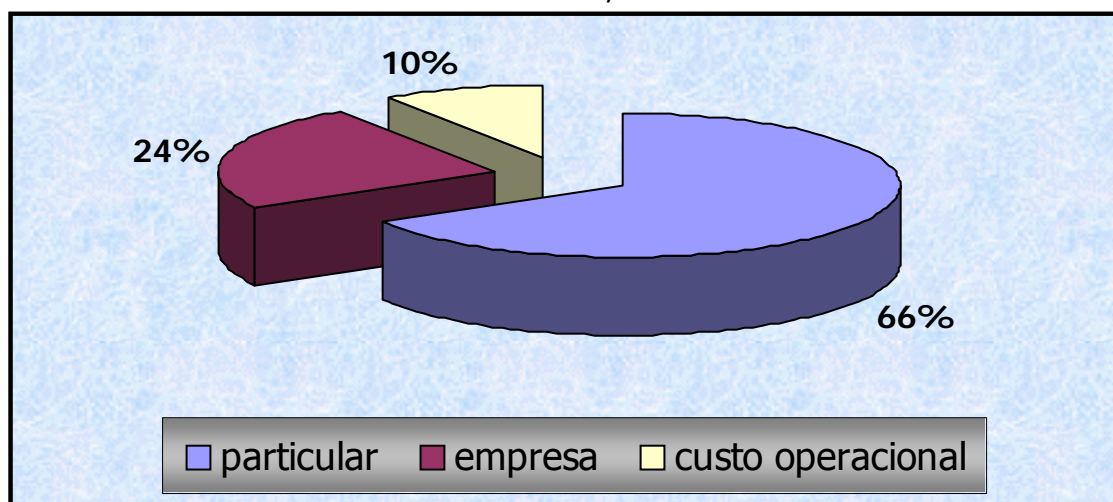
Fonte: Programa SEMPRE Qualidade de vida da Unimed de Ribeirão Preto, 2002

4.3 Caracterização das pessoas com DM tipos 1 e 2 atendidas no SEMPRE, segundo variáveis relacionadas ao plano de saúde

Quanto ao tipo de plano de saúde, 28 (66%) diabéticos possuem plano particular, 10 (24%) plano empresa e 4 (10%) plano de custo operacional (Gráfico 1).

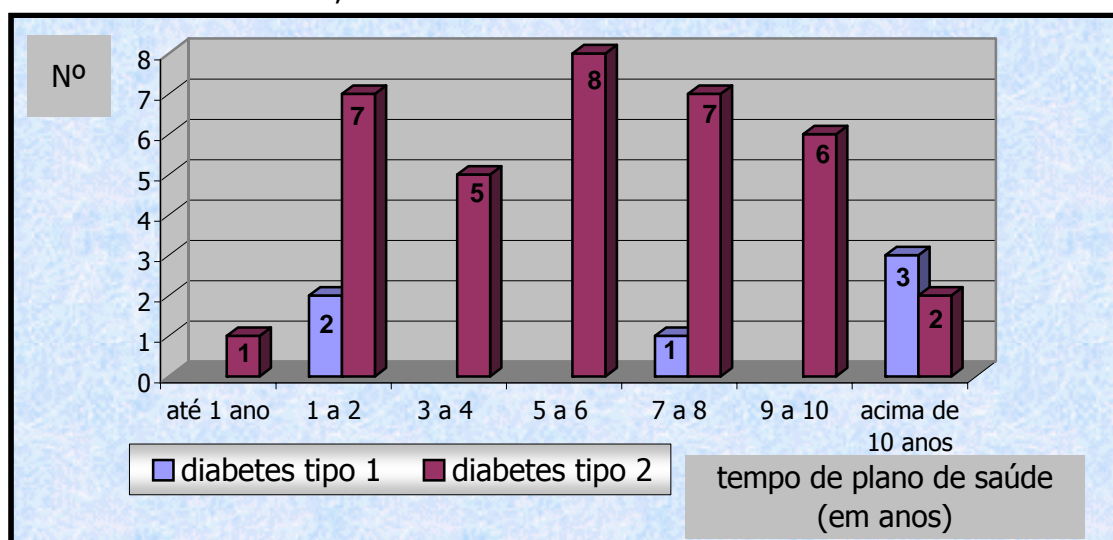
Em relação ao tempo de plano de saúde, podemos observar que 8 (23%) diabéticos tipo 2 tem cinco a seis anos de plano de saúde; 3 (50%) diabéticos tipo 1 possuem mais de 10 anos o plano de saúde, conforme Gráfico 1.

Gráfico 1-Distribuição percentual das pessoas com DM tipos 1 e 2 atendidas no SEMPRE, segundo o tipo de plano de saúde. Ribeirão Preto-SP, 2002



Fonte: Programa SEMPRE Qualidade de vida da Unimed de Ribeirão Preto, 2002

Gráfico 2-Distribuição numérica das pessoas com DM tipos 1 e 2, segundo o tempo de plano de saúde. Ribeirão Preto-SP, 2002

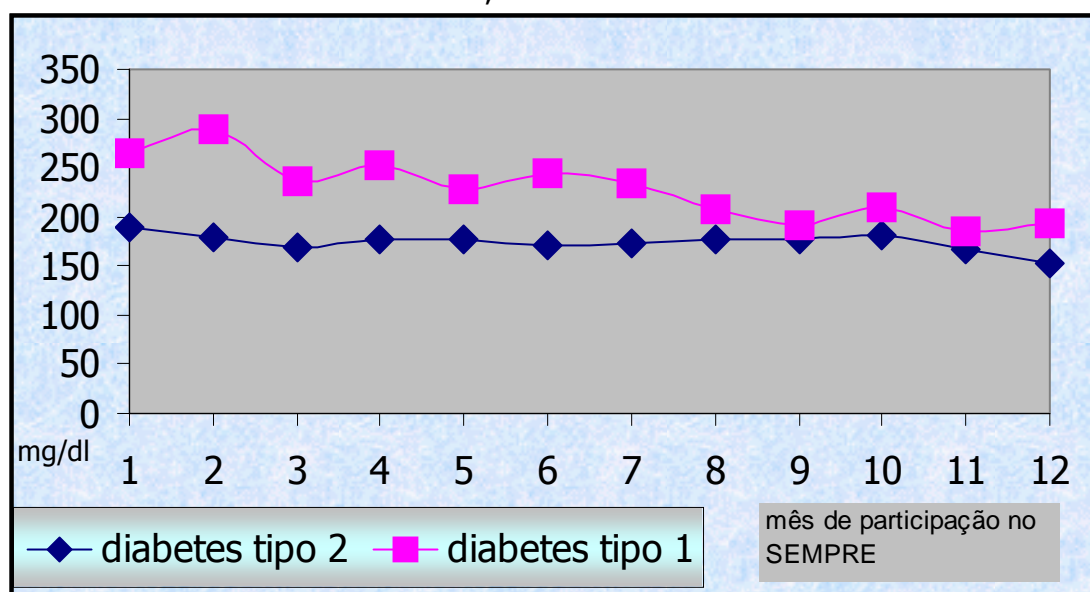


Fonte: Programa SEMPRE Qualidade de vida da Unimed de Ribeirão Preto, 2002

4.4 Perfil das pessoas com DM tipos 1 e 2, segundo variáveis relacionadas aos parâmetros clínicos e antropométricos

No Gráfico 3, observamos que a média da glicemia pós-prandial dos diabéticos tipo 1 é maior do que no tipo 2. No DM tipo 1, a média inicial foi de 264 mg/dl e a última após 12 meses de participação no SEMPRE foi de 192,5 md/dl. Em relação às pessoas com DM tipo 2, a média inicial foi de 188,63 mg/dl e a última de 152,52 mg/dl.

Gráfico 3-Média da glicemia pós-prandial segundo o tipo de diabetes e o tempo de participação no SEMPRE, Ribeirão Preto-SP, 2002

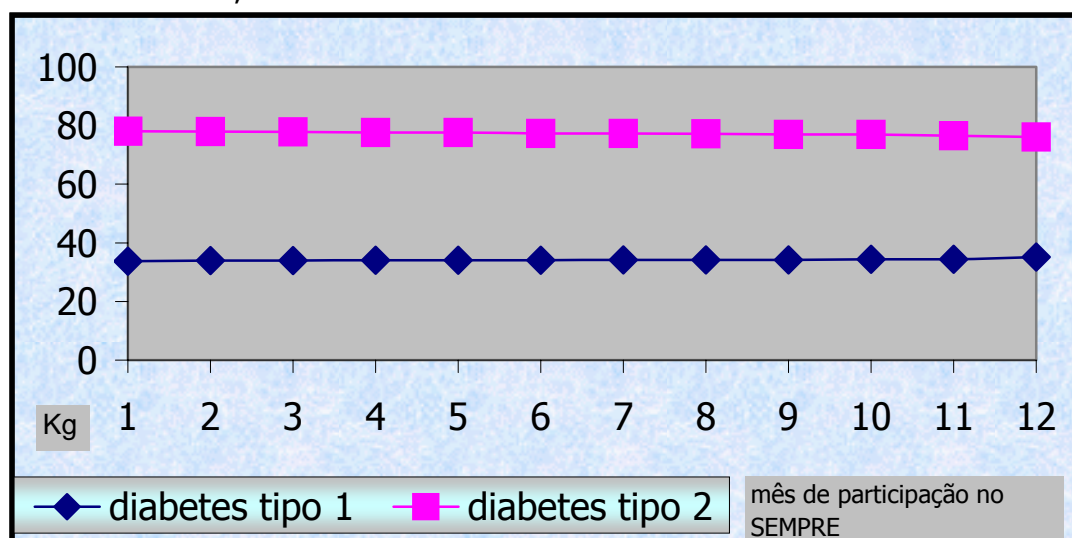


Fonte: Programa SEMPRE Qualidade de vida da Unimed de Ribeirão Preto, 2002

Em relação à média do peso corporal das pessoas com DM tipo 2, podemos observar no Gráfico 4, que a média inicial foi de 78,03 Kg e a última, após 12 meses de participação no SEMPRE, de 76,11 Kg, apresentando a redução na média de

1,92 Kg em um ano. Quanto ao diabetes tipo 1, a média inicial foi de 33,78 Kg e a última de 35,11 Kg com o aumento na média de 1,33 Kg.

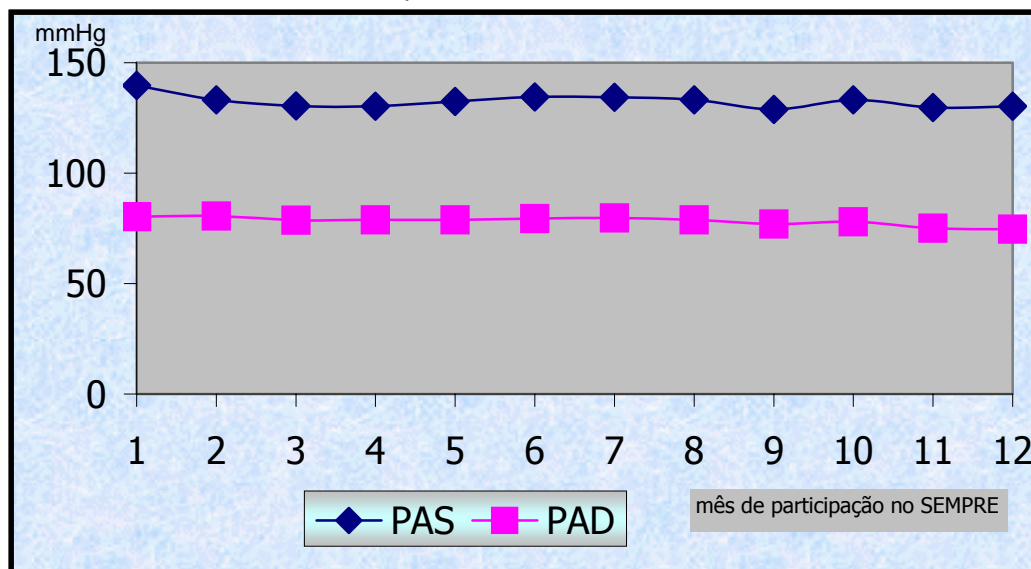
Gráfico 4-Média do peso corporal segundo o tipo de diabetes e o tempo de participação no SEMPRE, Ribeirão Preto-SP, 2002



Fonte: Programa SEMPRE Qualidade de vida da Unimed de Ribeirão Preto, 2002

Os dados referentes a pressão arterial das crianças não foram encontradas nos arquivos do SEMPRE, e não foram passíveis de análise. Quanto à pressão arterial dos diabéticos tipo 2, podemos observar que a média de PAS inicial foi de 139,72mmHg e a última após a participação de 12 meses no SEMPRE de 130,27mmHg, com redução de 9,45mmHg na média. Quanto à média de PAD inicial foi de 80,27mmHg e a última de 74,59mmHg, com redução de 5,68mmHG (Gráfico 5).

Gráfico 5-Média da PAS e PAD das pessoas com diabetes tipo 2, segundo o tempo de participação no SEMPRE, Ribeirão Preto, 2002



Fonte: Programa SEMPRE Qualidade de vida da Unimed de Ribeirão Preto, 2002

O adulto diabético tipo 1 possuía 62 anos de idade, casado, segundo grau completo. Apresentou valores de PAS e PAD menores que 130 x 85 mmHg e IMC normal, no primeiro e o décimo segundo mês no SEMPRE.

Em relação aos diabéticos tipo 2, destacamos na Tabela 4 que ao analisarmos os valores do primeiro para o décimo segundo mês de participação no SEMPRE, houve um aumento de 12 casos para 21 considerados como bom controle. Em relação ao IMC normal, aumentou de 7 para 9 casos e na faixa de sobrepeso, de 13 para 14 casos. Quanto aos obesos classe II houve diminuição de cinco casos para quatro. Os obesos classe III, foram reduzidos de quatro para dois casos. Em relação a pressão arterial sistólica houve um aumento de 22 para 24 casos com

valores menores que 130 mmHg. Já, a pressão arterial diastólica, aumentou de 27 para 34 casos com valores menores que 85 mmHg.

Tabela 4- Distribuição numérica das pessoas com DM 2, segundo a glicemia capilar pós-prandial, índice de massa corporal, pressão arterial sistólica e diastólica e o tempo de participação no SEMPRE. Ribeirão Preto-SP, 2002

	1º mês no SEMPRE	12º mês no SEMPRE
Glicemia capilar pós-prandial	nº	nº
80-140 mg/dl	12	21
141-180 mg/dl	07	05
>180 mg/dl	17	10
Índice de Massa corporal	nº	nº
18,5-24,9 – Normal	07	09
25,0-29,9 – Sobrepeso	13	14
30,0-34,9 - Obeso Classe I	07	07
35,0-39,9 - Obeso Classe II	05	04
>40,0 - Obeso Classe III	04	02
Pressão Arterial Sistólica	nº	nº
< 130 mmHg	22	24
130-139 mmHg	0	0
140-159 mmHg	08	07
160-179 mmHg	03	04
> 180 mmHg	03	01
Pressão arterial Diastólica	nº	nº
< 85 mmHg	27	34
85-89 mmHg	0	0
90-99 mmHg	07	02
100-109 mmHg	02	0
> 110 mmHg	0	0

Fonte: Programa SEMPRE Qualidade de vida da Unimed de Ribeirão Preto, 2002

Em relação ao peso/idade das crianças diabéticas, apresentamos no Quadro 6 a avaliação individual de cada criança

segundo a Classificação de Crescimento e desenvolvimento proposta por Marcondes et al. (1982).

Quadro 6-Distribuição das crianças diabéticas tipo 1, segundo a idade, peso e percentil no 1º e 12º mês de participação no SEMPRE. Ribeirão Preto-SP, 2002

1º mês no SEMPRE				12º mês no SEMPRE			
Idade	Peso (Kg)	Percentil		Peso. (Kg)	Percentil		
A	7	25,3	P ₅₀ Normal	28,9	P ₅₀ e P ₇₅	Normal	
B	11	34,6	P ₂₅ e P ₅₀ Normal	37,1	P ₂₅ e P ₅₀	Normal	
C	8	27,7	P ₅₀ Normal	28,0	P ₂₅ e P ₅₀	Normal	
D	6	24,3	P ₇₅ Risco p/obesidade	24,7	P ₅₀	Normal	
E	9	38,4	P ₉₀ e P _{97,5} Muito acima do esperado	41,7	P ₉₀	Muito acima do esperado	

Fonte: Programa SEMPRE Qualidade de vida da Unimed de Ribeirão Preto, 2002

Quanto à estatura/idade das crianças diabéticas, apresentamos no Quadro 7 a avaliação individual de cada criança segundo a Classificação de Crescimento e desenvolvimento proposta por Marcondes et al. (1982).

Quadro 7-Distribuição das crianças diabéticas tipo 1, segundo a idade, estatura e percentil no 1º e 12º mês de participação no SEMPRE. Ribeirão Preto-SP, 2002

1º mês no SEMPRE				12º mês no SEMPRE			
Idade	Estatura (m)	Percentil		Estatura (m)	Percentil		
A	7	1,19	P ₂₅ e P ₅₀ Risco p/ déficit estatural	1,20	P ₁₀ e P ₂₅	Risco p/ déficit estatural	
B	11	1,44	P ₅₀ e P ₇₅ Normal	1,49	P ₅₀ e P ₇₅	Normal	
C	8	1,40	P _{97,5} Muito acima do esperado	1,41	P ₉₀ e P _{97,5}	Muito acima do esperado	
D	6	1,17	P ₅₀ Normal	1,19	P ₁₀ e P ₂₅	Abaixo do esperado	
E	9	1,47	P _{97,5} Muito acima do esperado	1,48	P _{97,5}	Muito acima do esperado	

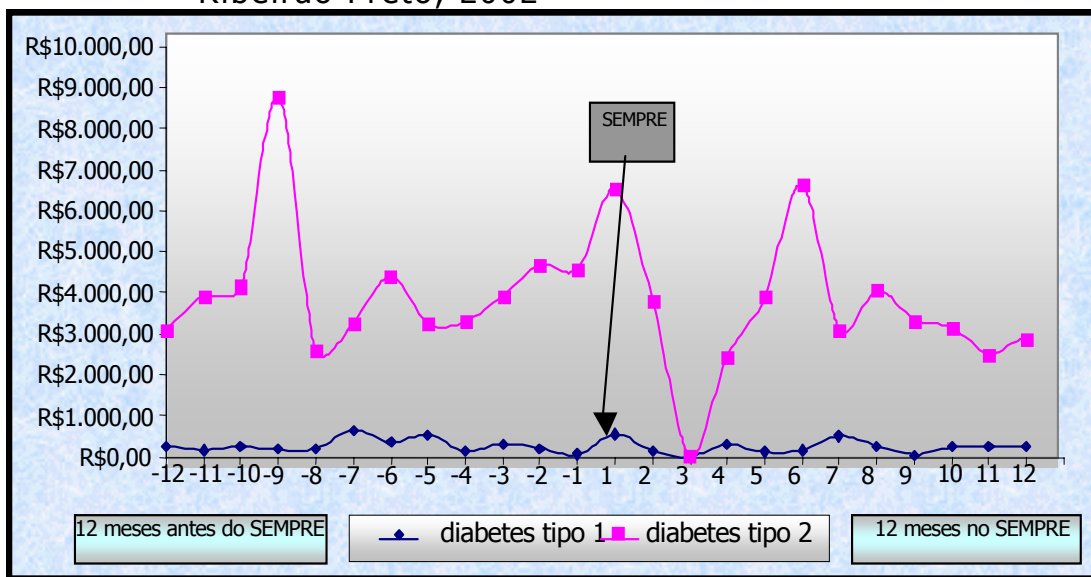
Fonte: Programa SEMPRE Qualidade de vida da Unimed de Ribeirão Preto, 2002

4.5. Comparação das consultas médicas e custo com procedimentos médicos no SEMPRE

Em relação ao custo total dos diabéticos tipo 2, o valor pago pela cooperativa, variou de R\$2.394,30 a R\$8.610,83 por mês antes da participação no SEMPRE. Durante o primeiro ano no SEMPRE, o custo variou de R\$1.926,14 a R\$6.007,96 por mês (Gráfico 6). Quanto aos diabéticos tipo 1, o valor variou de R\$58,72 a R\$651,52 antes do SEMPRE e de R\$40,80 a R\$539,58 por mês durante o SEMPRE (Gráfico 6).

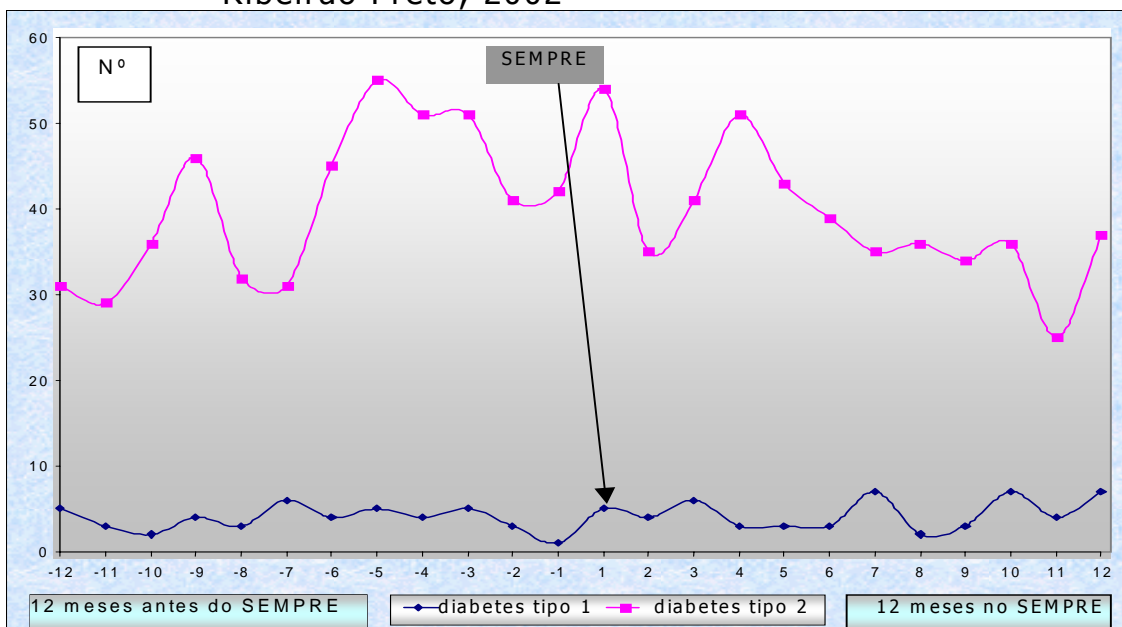
Em relação ao número de consultas médicas realizadas, as pessoas com DM tipo 2, totalizaram 445 consultas em um ano antes do SEMPRE, sendo a média de 37 consultas por mês e 1 consulta por pessoa no mês. Durante o ano no SEMPRE, foram realizadas 412 consultas, sendo a média de 34 consultas por mês e 0,95 consulta por pessoa no mês (Gráfico 7).

Gráfico 6-Distribuição do custo total em reais, segundo o tipo de diabetes e tempo de participação no SEMPRE, Ribeirão Preto, 2002



Fonte: Programa Serious-Unimed de Ribeirão Preto, 2002

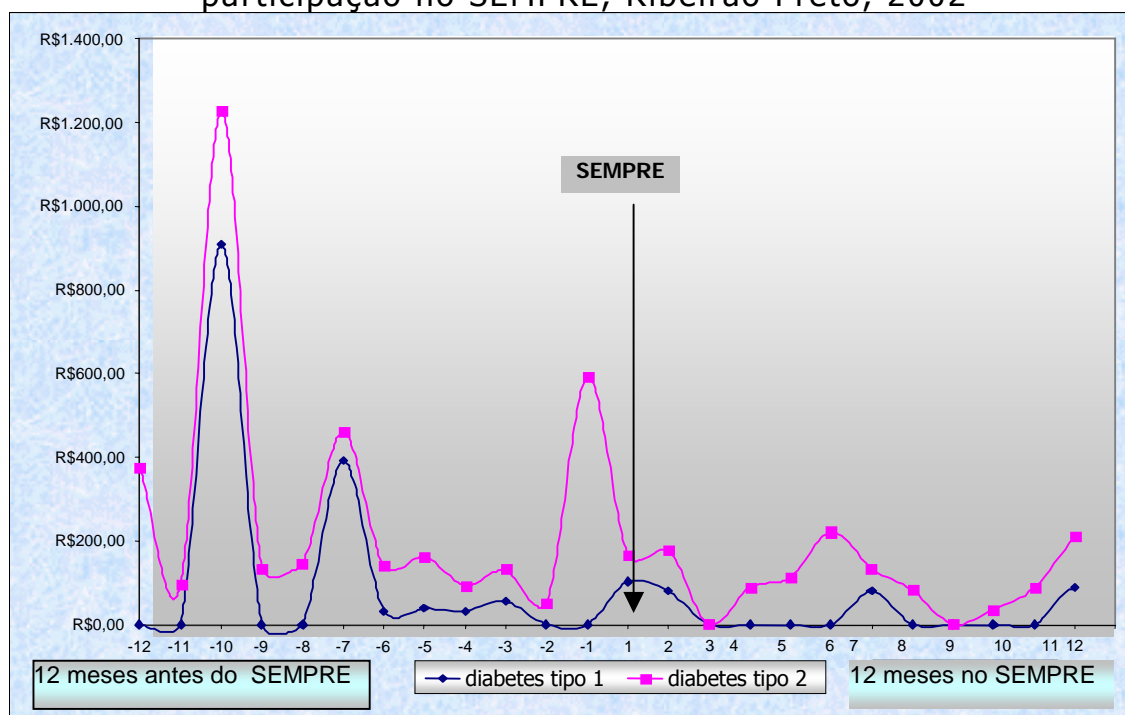
Gráfico 7-Distribuição numérica das consultas médicas realizadas pela população estudada segundo o tipo de diabetes e o tempo de participação no SEMPRE, Ribeirão Preto, 2002



Fonte: Programa Serious-Unimed de Ribeirão Preto, 2002

Quanto aos custos em procedimentos de urgência, as pessoas com DM tipo 2 totalizaram, em um ano antes do SEMPRE, R\$2.149,60 e durante o ano no SEMPRE R\$1.279,28, com redução de R\$870,32. As pessoas com DM tipo 1 gastaram R\$1.457,03 em um ano antes do SEMPRE e R\$365,52 durante o primeiro ano no SEMPRE, apresentando a redução de R\$1.091,51 (Gráfico 8).

Gráfico 8-Distribuição do custo em reais com procedimentos de urgência segundo o tipo de diabetes e o tempo de participação no SEMPRE, Ribeirão Preto, 2002

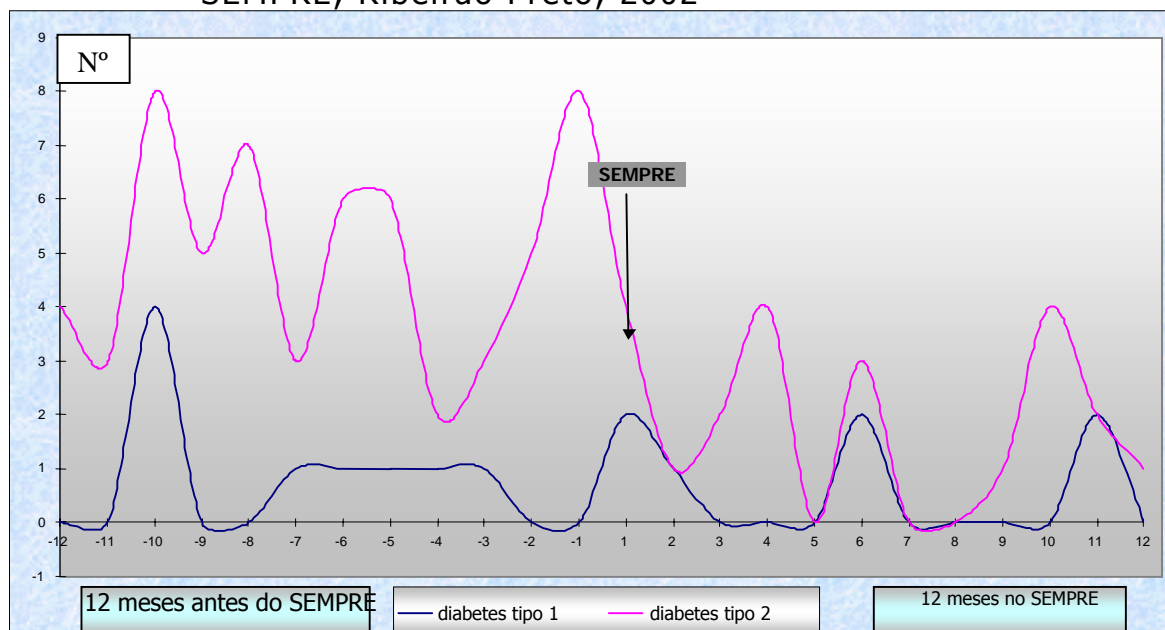


Fonte: Programa Serious-Unimed de Ribeirão Preto, 2002

Em relação às consultas médicas de urgência, as pessoas com DM tipo 2 realizaram, em um ano antes do SEMPRE, 44 consultas e, durante o ano no SEMPRE, 23 consultas, com

redução de 21 consultas. Agora, os diabéticos tipo 1 realizaram nove consultas antes e sete em um ano no SEMPRE (Gráfico 9).

Gráfico 9-Distribuição numérica das consultas médicas de urgência realizadas pela população estudada segundo o tipo de diabetes e o tempo de participação no SEMPRE, Ribeirão Preto, 2002



Fonte: Programa Serious-Unimed de Ribeirão Preto, 2002

No Quadro 8, demonstramos uma análise dos custos em urgência e o total realizado pela população estudada, segundo os tipos de DM 1 e 2. Demonstramos os valores reajustados até novembro de 2003 utilizando o Índice Geral de Preços de Mercado IGPM (Banco Central do Brasil, 2003).

Quadro 8–Custos em urgência e procedimentos médicos em reais das pessoas diabéticas tipos 1 e 2, em um ano antes e um ano durante a participação no SEMPRE, Ribeirão Preto-SP, 2002

	Custos em urgência	em Valor Reajustado	Custos em procedimentos médicos	em Valor Reajustado	Total	Valor Reajustado
Diabetes tipo 1 (n=6)						
1 ano antes do SEMPRE	R\$ 1.457,03	R\$ 2.237,63	R\$ 3.254,47	R\$ 4.911,37	R\$ 4.711,50	R\$ 7.149,00
1 ano no SEMPRE	R\$ 365,52	R\$ 508,49	R\$ 3.128,74	R\$ 4.301,51	R\$ 3.494,26	R\$ 4.810,00
Redução em R\$	R\$ 1.091,51	R\$ 1.729,14	R\$ 125,73	R\$ 609,86	R\$ 1.217,24	R\$ 2.339,00
%	74,91		3,8		25,8	
Diabetes tipo 2 (n=36)						
1 ano antes do SEMPRE	R\$ 2.149,60	R\$ 3.256,41	R\$ 46.723,00	R\$ 70.550,78	R\$ 48.872,60	R\$ 73.807,19
1 ano no SEMPRE	R\$ 1.279,28	R\$ 1.748,93	R\$ 41.510,16	R\$ 62.059,28	R\$ 42.789,44	R\$ 63.808,21
Redução em R\$	R\$ 870,32	R\$ 1.507,48	R\$ 5.212,84	R\$ 8.491,50	R\$ 6.083,16	R\$ 9.998,98
%	40,4		11,1		12,4	
Diabetes tipo 1 e 2 (n=42)						
1 ano antes do SEMPRE	R\$ 3.606,63	R\$ 5.494,03	R\$ 49.977,47	R\$ 75.462,16	R\$ 53.584,10	R\$ 80.956,19
1 ano no SEMPRE	R\$ 1.644,80	R\$ 2.257,42	R\$ 44.638,90	R\$ 66.360,79	R\$ 46.283,70	R\$ 68.618,21
Redução em R\$	R\$ 1.961,83	R\$ 3.236,61	R\$ 5.338,57	R\$ 9.101,37	R\$ 7.300,40	R\$ 12.337,98
%	54,3		10,6		13,6	

Fonte: Programa Serious-Unimed de Ribeirão Preto, 2002

5 Discussão

A discussão será apresentada de acordo com a seqüência dos objetivos propostos para o presente estudo. Para discutirmos a atenção em diabetes mellitus no SEMPRE, utilizaremos os elementos propostos por Donabedian (1980), que avaliam os serviços de saúde, segundo a estrutura, o processo e os resultados.

A **estrutura** ou capacidade consiste de características que favorecem o oferecimento de serviços, o **processo** ou desempenho envolve ações dos profissionais de saúde no sistema, as ações das populações e dos pacientes, e o **resultado** reflete vários aspectos do estado de saúde.

5.1 Análise da atenção em diabetes mellitus no Serviço de Medicina Preventiva– SEMPRE.

Na análise da atenção em diabetes mellitus no SEMPRE, em relação à estrutura de um serviço de saúde, observamos quanto

às *instalações e equipamentos*, que a localização do SEMPRE na área central da cidade facilitou o acesso ao serviço, uma vez que, esta região é uma das mais antigas da cidade. As pessoas residentes nesta região possuem uma rede de amigos da terceira idade, e conseqüentemente, resgatam as atividades sociais e de lazer em ambiente diferente de seus domicílios. A localização do SEMPRE próxima aos terminais de transportes rodoviários facilitou o melhor **acesso ao atendimento** dos usuários.

Ainda, em relação à estrutura física, cabe ressaltar a importância das reformas do prédio para garantir a facilidade de acesso, principalmente, a segurança e conforto de usuários idosos e pessoas com deficiência física. Em concordância com Ruipérez & Liorente (2001), a reforma do prédio teve como objetivo construir vagas para estacionamento, rampa de acesso para cadeira de rodas, elevação no tamanho do vaso sanitário, uso de barras de mãos para apoio, retirada de degraus, portas e o acesso das cadeiras de rodas aos corredores com dimensões adequadas.

Outra questão importante em relação às instalações e equipamentos refere-se ao ambiente. A iluminação adequada, sem ofuscar por excesso de luz ou sombras, foi garantida aos usuários. Em relação aos pisos, optou-se por pisos não deslizantes, evitando-se o uso de tapetes e de ceras líquidas.

Quanto ao mobiliário permanente nas salas de aulas, a maior dificuldade encontrada foi em relação à obtenção de cadeiras suficientemente resistentes para usuários com sobrepeso e obesidade. A equipe de saúde preocupou-se em adquirir cadeiras que fossem confortáveis aos usuários, com reforços no assento, sem encosto para as mãos, para facilitar o posicionamento adequado dos quadris largos.

Em relação, ainda, ao material permanente, a primeira balança antropométrica adquirida foi do tipo manual com capacidade de 150 Kg. No entanto, ao atendermos o primeiro usuário com peso superior a 150 kg, tivemos que solicitar a aquisição de uma balança eletrônica com capacidade de 180 Kg. Isto favoreceu maior rapidez na obtenção de valores do peso corporal, uma vez que, no posto de enfermagem esta mensuração é a mais procurada pelos usuários.

Outro mecanismo utilizado para oferecer *acesso ao atendimento* no SEMPRE foi a disponibilização do horário noturno aos usuários para participarem das atividades desenvolvidas. O oferecimento das atividades, no período noturno, tornou-se um diferencial do serviço de saúde, pois, percebemos que muitos usuários inseridos no mercado de trabalho passaram a usufruir o programa educativo em diabetes devido a esse mecanismo de acesso ao atendimento noturno.

O *gerenciamento e comodidades* são as características indiretamente relacionadas ao atendimento. Nessa direção, os sistemas informatizados do SEMPRE garantiram o acesso e manuseio das informações para a análise do processo do trabalho.

Alguns autores Saba et al. (1994); Hannan (1990); Marin (1995) recomendam que para iniciar a construção de um sistema de informação em enfermagem, algumas etapas são necessárias, ou seja, planejamento, análise, implantação, avaliação e manutenção.

Na fase de **planejamento e análise**, os sistemas de informação foram importados do serviço de medicina preventiva da Unimed de Piracicaba-SP. Esse sistema sofreu modificações para atender às finalidades e necessidades do SEMPRE. Durante o **desenvolvimento e implantação** do sistema, foi necessário realizar um treinamento exaustivo dos funcionários e disponibilizar os computadores com capacidade de memória suficiente para armazenar as informações.

Para o sucesso do sistema de informação do SEMPRE, foram fundamentais o apoio do serviço de informática da cooperativa médica e a política de investimentos da instituição na informatização das informações. Na etapa de **avaliação e manutenção**, buscou-se avaliar a realização dos procedimentos

e as vantagens do processo de informatização mediante análise dos ganhos, perdas, desempenho, praticidade, custo e benefício.

Durante o desenvolvimento das análises, os usuários que desistiram de participar nos grupos, dificultavam as comparações dos dados obtidos no grupo. Dessa maneira, a forma de registrar as informações modificou-se para cadastros individuais permitindo as análises de desempenho por usuário, como por exemplo sua frequência de participação, peso corporal, glicemia, pressão arterial entre outros dados.

Desta maneira, concordamos com Eduardo (1990) que as informações em saúde, tanto de caráter administrativo e as relativas ao processo saúde/doença, são essenciais no processo de tomada de decisão. Constituem um instrumento indispensável na área do planejamento e organização em saúde.

Dentre as **comodidades**, destacamos a utilização de diversos recursos audiovisuais, tais como, o uso de multimídia, data-show, folhetos educativos, facilitando a apresentação e execução do programa.

Em relação à ***produção de serviços oferecidos pelas instalações***, chamou-nos a atenção que o primeiro programa educativo escolhido e oferecido pela administração da cooperativa foi em diabetes. Essa escolha ocorreu porque educar em diabetes é uma atividade complexa, possibilitando maior

reflexão do processo de trabalho e avaliação dos resultados do atendimento.

Por outro lado, o oferecimento de programas relacionados a outras doenças foi implementado atendendo à necessidade da demanda encaminhada pelos cooperados. Cabe ressaltar ainda, que o maior número de encaminhamentos foi de usuários da terceira idade e obesos, refletindo os dados de prevalência na população. Sabemos que a frequência de doenças crônicas não transmissíveis eleva-se gradativamente com a idade, acrescido do fato de que 32% dos brasileiros têm algum grau de excesso de peso e está ocorrendo um aumento na expectativa de vida dos brasileiros (Lessa, 1998).

O SEMPRE possibilitou uma variedade de atividades extras, tais como, aulas de tai-chi-chuan, dança de salão, teatro, pintura em madeira, cursos de culinária diet, entre outras. O caráter crônico e assintomático do DM imprime ao serviço de saúde buscar estratégias para motivar o engajamento do usuário com a terapêutica e com o serviço. Por outro lado, Starfield (2002) coloca que nem sempre a **variedade de serviços** irá garantir o melhor cuidado. Alguns tipos de serviços podem ser efetivos, mas não justificam o custo e outros podem ser simples, efetivos e de baixo custo para a sua implantação.

O controle das atividades extras e variedade de serviços é realizado pela coordenação do SEMPRE, no que tange à frequência e qualidade das atividades. Vale ressaltar a importância de investimento na capacitação dos profissionais para reconhecer as necessidades dos usuários relacionadas a sua saúde e, então, oferecer os recursos disponíveis no serviço.

Quanto à *organização do serviço*, o método eleito de trabalho grupal constituiu o diferencial do SEMPRE. Esta forma de trabalho permitiu maior eficiência e menor custo-efetividade nos programas educativos. Patti et al. (2002) demonstraram similaridades efetivas dos grupos de educação em diabetes em comparação ao atendimento individual, quando avaliaram o aproveitamento das atividades desenvolvidas e os níveis de controle glicêmico dos pacientes. Assim, ao organizar um serviço, além do método de trabalho grupal ou individual deve-se considerar a relação do menor custo/efetividade.

Por outro lado, o "Grupo de Estúdio de la Diabetes em la Atención Primaria de Salud" - GEDAPS (2000) recomenda que a educação em grupo traz vantagens em relação ao atendimento individual, pois possibilita a troca de experiências e conhecimentos dos usuários, constituindo-se em estímulo para mudanças de atitudes e otimiza os esforços da equipe de saúde.

Reconhecemos que, para trabalhar em equipe multiprofissional, é necessário compreender e aprender a trabalhar em grupo, uma vez que o ser humano é gregário por natureza e somente existe, ou subsiste, em função de seus inter-relacionamentos grupais (Zimerman et al., 1997).

Segundo Donabedian (1980), o potencial e alcance dos serviços podem ser medidos pela abordagem capacidade-desempenho ou estrutura-processo. O **processo** envolve as ações de oferta e recebimento dos serviços na relação entre os usuários e profissionais e resgata alguns elementos da estrutura ou capacidade.

No presente estudo, o trabalho grupal como **organização do serviço** é abordado como uma estratégia de mudança no **processo** de "fazer saúde". Para Zimerman et al. (1997), a formação inicial de um grupo passa por três etapas sucessivas: **encaminhamento, seleção e grupamento**.

No que tange ao **encaminhamento**, o SEMPRE está organizado para atender aos usuários encaminhados pelo profissional médico cooperado, o que ocorreram algumas dificuldades relacionadas ao desconhecimento do cooperado sobre o funcionamento do SEMPRE.

Esse desconhecimento aparece nos encaminhamentos de usuários para atividades não planejadas no SEMPRE, tais como

fisioterapia individual, dietas individualizadas, administração de medicamentos. Houve encaminhamentos de usuários com impossibilidade de atendimento grupal, ou seja, pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, deficiência visual, auditiva, e também, usuários que moravam em outras cidades, e/ou recusavam a participação em atividades grupais.

Apesar dessa cooperativa médica contar com mais de 800 profissionais médicos, a adesão para encaminhamento de usuários ao SEMPRE foi de aproximadamente 20%, o que corresponde a 100 a 150 médicos cooperados. De um lado, existiram cooperados que encaminhavam praticamente todos os seus usuários. Por outro lado, tiveram cooperados que encaminhavam apenas casos complexos e outros que raramente faziam o encaminhamento de usuários.

Na tentativa de divulgar o trabalho do SEMPRE aos cooperados, realizavam-se reuniões periódicas educativas e informativas com coquetéis, várias ligações telefônicas e visitas da enfermeira aos consultórios. Assim como, foi elaborado folder e ficha de encaminhamento médico em formato de *check-list* para facilitar o atendimento nos consultórios médicos. No entanto, acreditamos que o principal divulgador e aliado do serviço é o próprio usuário.

Apesar de todos os esforços empreendidos, resistências ainda se fazem presentes para os encaminhamentos por parte de alguns cooperados, o que é esperado quando a proposta é o atendimento multiprofissional nos serviços de saúde.

Nessa direção, concordamos com Campos, G.W.S, (1992) que coloca a importância de formar médicos capacitados a construir vínculos e a assumir responsabilidades frente à cura ou reabilitação dos seus pacientes, superando a tradição contemporânea de concentrar quase toda responsabilidade apenas na realização, segundo certos preceitos, de certos procedimentos técnicos. Reformular a clínica, produzindo uma clínica ampliada do campo de saberes, de responsabilidades e de práticas, incluindo o trabalho multiprofissional.

Na fase de **seleção e grupamento**, alguns profissionais preferem aceitar qualquer usuário que manifestar interesse em participar de um determinado grupo, sob a alegação de que os possíveis contratemplos serão resolvidos durante o próprio andamento do grupo. Outros, no entanto, preferem adotar um certo rigor na seleção (Zimmerman et al.,1997).

No entanto, o SEMPRE é vinculado à uma cooperativa médica e o rigor da seleção implicaria em exclusão de vários usuários, comprometendo a imagem do SEMPRE junto aos cooperados, que são os sustentadores financeiros da proposta.

Assim, optou-se por criar estratégias de abordagens diferenciadas que permitiram um maior número de grupamentos. Portanto, houve a criação dos grupos abertos de integração, com estratégias dinâmicas, objetivando receber e acolher os usuários no SEMPRE.

Os grupos abertos de integração permitiram a apresentação aos usuários do conjunto de regras, atitudes e combinações em relação ao local das reuniões, os horários, a periodicidade, a ausência de pagamentos e o número médio de participantes nos grupos. Concordamos com Munari & Rodrigues (1997) que essa etapa denominada de contrato de trabalho é um movimento de aproximação com os usuários e fundamental para o sucesso do grupo.

Outro ponto fundamental do trabalho grupal é estabelecer/criar uma atmosfera de **acolhimento** desde o primeiro contato. Essa atmosfera é desenvolvida pelo profissional que assume uma postura capaz de acolher, escutar e dar a resposta mais adequada, estabelecendo o vínculo entre profissionais e os usuários. O acolhimento busca a intervenção da equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta e da resolução do problema do usuário, desencadeando um “novo fazer em saúde” (Malta et al., 2000).

Segundo Campos (1994), para assegurar a qualidade do cuidado e a legitimação dos serviços públicos pelos usuários, é preciso que se tenha em mente as noções de “vínculo de acolhida” e de responsabilizar a equipe de saúde pelo cuidado integral da saúde coletiva e individual. Nessa direção, Camelo et al. (2000) apontam que o acolhimento deve ser incorporado nos serviços de saúde, ao mesmo tempo, em que necessita transcender o caráter de rotina do cotidiano.

Para o alcance de um trabalho na perspectiva de acolhimento, é preciso a capacitação da equipe multiprofissional, valorizando os aspectos positivos de cada profissional envolvido no processo de trabalho. No entanto, concordamos com Munari & Rodrigues (1997) quando eles referem que os profissionais têm disponibilidades diferentes ao iniciarem um trabalho grupal. Esse fato interfere no aproveitamento do processo e pode trazer ao usuário experiências satisfatórias ou não.

Para a construção do trabalho em equipe no SEMPRE foi preciso investimento para conhecer cada membro da equipe, através de reuniões periódicas com a coordenação, participação da coordenação na execução dos grupos. Esta interação procurou identificar as dificuldades e facilidades para o trabalho grupal, buscando o melhor entrosamento para poder acolher o usuário.

Além disso, outras situações foram enfrentadas pela equipe multiprofissional durante a construção do trabalho. Essas situações relacionavam-se à discordância com a periodicidade dos encontros grupais, o horário proposto, a impossibilidade de atendimento devido a situações especiais (deficiência visual), a expectativa dos usuários de atividades não planejadas pelo SEMPRE, tais como, atividade física no local do SEMPRE, fisioterapia individual para fibromialgia.

A expectativa mais comum encontrada dos usuários é de que os resultados de perda de peso aconteçam de uma forma rápida. Portanto, foi necessário que a equipe multiprofissional esclarecesse como o trabalho é desenvolvido em relação à redução de peso corporal, reforçando que o elemento condutor da mudança é o próprio usuário, estimulando a responsabilidade individual na terapêutica.

Há reconhecimento, por parte dos profissionais, de que para ocorrer o processo de mudança é preciso investir no abandono de velhos hábitos e comportamentos presentes no cotidiano. Também, é preciso ter disponibilidade para participar de um trabalho em grupo. Percebemos que, por muitas vezes, a dificuldade é maior que a disponibilidade, de estarmos abertos para experimentar o novo e a mudança, tanto os profissionais quanto os usuários.

Nessa direção, ressaltamos a importância do acolhimento no primeiro contato, pois muitos usuários que recusaram a participar das atividades no SEMPRE, no primeiro contato, retornaram ao serviço num momento posterior. Então, ressaltamos, que o grupo de integração, sem a intenção de grupamento, permitiu que o usuário escolhesse a participar ou não da proposta após o conhecimento do trabalho.

Após o usuário conhecer o SEMPRE, através do grupo de integração e optar por não participar do SEMPRE, a equipe comunicava a decisão do usuário ao médico cooperado. Essa conduta favoreceu conquistar a confiança dos cooperados no trabalho, e em alguns casos, os médicos motivavam o usuário, reforçando a participação no SEMPRE.

Considerando a configuração inicial de um grupo, Zimmerman et al. (1997) referem que o **grupamento** consta dos seguintes elementos: homogêneo ou heterogêneo, aberto ou fechado, número de usuários, sexo, idade, número de encontros, duração do grupo e a entrada de um novo elemento.

A **homogeneidade** do grupo refere-se à composição de pessoas que apresentem uma série de fatores e características comuns a todos os membros, como por exemplo, ser diabético. Embora essa seja a configuração ideal, algumas características tornam o grupo **heterogêneo**, como a escolaridade, tipo de

diabetes, idade, grau de aceitação da doença. Dessa maneira, no SEMPRE a configuração inicial dos grupos atendeu aos critérios de homogeneidade quanto à doença e heterogeneidade nas outras características.

O segundo elemento considerado por Zimmerman et al. (1997) na formação de grupo é a sua configuração **aberta**, a qual sempre que houver vaga, pode ser admitido novo usuário, ou **fechada**, onde uma vez composto o grupo, não há possibilidade de entrada de um novo elemento. No início dos atendimentos realizados no SEMPRE, os grupos eram somente de configuração fechada, com 8 a 12 usuários.

No entanto, as desistências de alguns usuários prejudicaram a sua configuração fechada, e conseqüentemente, os grupos ficaram constituídos por um número pequeno de participantes, inferior a cinco pessoas, o que dificultou o desenvolvimento das atividades em grupo. Essa experiência desencadeou a opção pela configuração aberta na composição dos grupos no SEMPRE, no segundo ano de funcionamento.

O terceiro elemento relaciona-se ao **número de usuários** segundo Zimmerman et al. (1997). No SEMPRE o número de usuários que compõem os grupos foi de no mínimo cinco e no máximo doze. No início das atividades no SEMPRE, os usuários foram esclarecidos da importância do número de participantes

para o desenvolvimento dos trabalhos e da necessidade de entrada de novos elementos e/ou remanejamento dos usuários diante à necessidade do serviço.

Segundo GEDAPS (2000), a delimitação do tamanho do grupo possibilita a manutenção do nível de efetividade e garante a participação de todos. O tamanho do grupo deve ser no máximo 12 membros.

A nossa experiência mostrou que, cada grupo traz características que facilitam ou dificultam a sua condução, independentemente do número de participantes. No entanto, constatamos que o número de 8 a 10 usuários por grupo facilitou a condução e participação dos usuários nas atividades. Considerando que a proposta do SEMPRE preconizou encontros semanais, por um período mínimo de seis meses, a equipe multiprofissional precisou controlar o percentual de faltas, através de relatórios gerados pelo Programa Qualidade de vida-SEMPRE. Portanto, os grupos iniciados com doze usuários, mantiveram a média de frequência entre 8 e 10 participantes.

Em relação à **duração** do encontro grupal, optamos que cada encontro teria uma hora de atividade por semana, para atender à dinâmica proposta. Alguns profissionais questionaram a necessidade do grupo formado pelas crianças obesas e diabéticas ter uma hora e meia de duração, ao invés de uma

hora, o que possibilitaria melhor aproveitamento das atividades lúdicas. Durante as reuniões com a coordenação, essa proposta foi discutida e recusada pela dificuldade no planejamento da agenda de trabalho, para evitar a ociosidade das salas em meia hora, já que os grupos são desenvolvidos de hora em hora.

Outro fator que contribuiu para essa decisão é que a maior demanda de horário para os grupos foi nos turnos da manhã e noite. Considerando que, a criança tem as suas atividades escolares em período integral, a sua participação somente foi possível no período noturno. Outra dificuldade referiu-se à participação dos pais ou responsável pelas crianças nos grupos devido aos horários de suas atividades laborais.

O **número de encontros** do grupo pode ser de tempo limitado ou ilimitado. No SEMPRE, optamos por uma combinação de ambos. As atividades dos grupos de integração e os cursos educativos de gestantes e asmáticos foram limitados, isto é, inferior a três meses. Já o programa educativo de diabetes mellitus foi limitado, sem ultrapassar seis meses. Cabe ressaltar, que a fase de manutenção, *a priori* teve um tempo ilimitado do grupo.

Em relação à **estrutura** de um sistema de saúde segundo Donabedian (1980) um elemento importante é o **peçoal**, ou seja, os recursos humanos. No SEMPRE, houve uma composição

diferenciada na conformação da equipe multiprofissional. Isso ocorreu pelas características da cooperativa médica, onde alguns profissionais foram contratados em regime de Consolidação das Leis trabalhistas-C.L.T. e outros através de contratos terceirizados com a cooperativa.

A opção pelo contrato terceirizado trouxe algumas vantagens para a cooperativa tais como a despreocupação dos encargos administrativos. No entanto, ressalta-se a vantagem da realização do trabalho com profissionais especializados. Isso, também, permitiu agendar grupos nos turnos da manhã, tarde e noite com diversos profissionais, tais como nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta.

Por outro lado, as desvantagens referem-se ao processo de seleção dos profissionais sem a participação do SEMPRE, dificuldade de integração na equipe, reunião da equipe frente às diferentes e variadas disponibilidades de horários. Todos esses aspectos reforçam a importância de uma comunicação efetiva durante todo o processo.

As características pessoais dos integrantes da equipe multiprofissional podem favorecer ou dificultar a implementação de uma proposta de trabalho, pela maior ou menor disponibilidade de administrar as situações de conflito. Segundo Campos, M.A. (1992), um ponto fundamental para a

sobrevivência e desenvolvimento de um trabalho multiprofissional é a **Reflexão**. Essa reflexão ocorreu no SEMPRE durante as reuniões periódicas dos coordenadores e os profissionais de enfermagem, psicologia, nutrição, terapia ocupacional e fisioterapia.

Assim, as reuniões periódicas e sistematizadas da equipe multiprofissional com a coordenação constituíram-se em importantes momentos de reflexão para a implementação da proposta e resolução dos conflitos que emergiram durante o processo de trabalho.

Cabe destacar que encontramos problemas para as reuniões com todos os membros da equipe ao mesmo tempo, pela falta de disponibilidade dos profissionais. Para superar essa dificuldade, a coordenação do SEMPRE estabeleceu que os coordenadores das equipes terceirizadas repassassem aos outros elementos da equipe as informações e reflexões do processo de trabalho, na tentativa de amenizar as dificuldades.

Desse modo, destacamos a importância da **comunicação entre os profissionais**. Segundo Zimerman et al. (1997) "*o grande mal da humanidade é o mal-entendido*". Portanto, devemos ficar atentos à comunicação verbal, assim como à linguagem não-verbal, com utilização de gestos, posturas, tonalidade de voz e silêncios entre outros. Também, ressaltamos

que para a implementação do trabalho foi fundamental o uso da comunicação escrita, com registros em livros e pastas das resoluções em situações de conflito.

Reconhecemos que o trabalho em equipe é difícil de ser atingido. No SEMPRE a dificuldade mais evidente referiu-se à comunicação e à transferência de informações entre todos os membros da equipe multiprofissional. Concordamos com Stott apud Starfield (2002) que o trabalho em equipe é altamente improvável com mais de 12 membros. Assim, era esperado no SEMPRE que o tamanho da equipe multiprofissional constituída por 28 profissionais, face às formas de contratação, a comunicação e os esforços para a execução do trabalho fossem maiores.

Dessa maneira, à medida que o trabalho em equipe foi sendo construído, tornou-se imprescindível o investimento na educação contínua da equipe multiprofissional. A educação contínua dos profissionais nos treinamentos sobre diabetes mellitus, obesidade, através do oferecimento de reuniões educativas com os cooperados abordando temas relacionados ao tipo de atendimento realizado no SEMPRE. Essas atividades obtiveram patrocínio da indústria farmacêutica, com sorteio de brindes e realização de coquetel, o que contribuiu em um momento informal de integração da equipe.

A educação contínua da equipe multiprofissional permitiu que as diferenças técnicas e teóricas entre os profissionais especializados fossem minimizadas, proporcionando maior flexibilidade na divisão do trabalho rumo ao alcance de um melhor entrosamento da equipe.

A condução do trabalho, pela equipe multiprofissional com portadores de DM no SEMPRES, favoreceu o amadurecimento dos profissionais para compreender quais as necessidades reais do cliente para a conquista de sua própria saúde e a adoção de hábitos de vida saudáveis. É preciso entender que o cliente já traz na sua concepção de saúde, aquelas que ele tem mais facilidade para adesão ao tratamento. Assim, é necessário conhecer com cuidado as concepções apresentadas para motivá-los ou sensibilizá-los naquelas que os profissionais podem ajudar, favorecer ou desencadear o seu processo de mudança em direção a um novo estilo de vida ou reorganização do estilo já incorporado.

Para tanto, concordamos com Heleno (2001) que o modelo de orientação é diferente da oferta de informações, pois implica no vínculo estabelecido entre o cliente e o profissional de saúde. O profissional possui a técnica que é de fundamental importância para o cliente diabético, mas não se restringe a ela.

O profissional não pode ter a ingenuidade de acreditar que tudo que é ensinado é automaticamente aprendido e leva a uma transformação interna acompanhada de uma mudança de comportamento do cliente. Ele funciona como um facilitador para as transformações do cliente. O orientador não se coloca em uma condição de saber total, mas é alguém que vai caminhar com seu cliente na tentativa de juntos descobrirem uma maneira de aderir ao tratamento e melhorar, conseqüentemente, sua eficácia adaptativa (Heleno, 2001).

Outra questão que promove mais facilmente a adesão do cliente ao tratamento é a simpatia e a empatia da equipe de saúde, traduzidas pelo atendimento e comunicação agradável, com relacionamento positivo com a equipe. Deve-se evitar falta de atenção, esperas demoradas, informações erradas, promessas não-cumpridas, o sentimento de estar sendo enganado e explicações imprecisas bloqueiam a cooperação do paciente (Oliveira & Santos, 2000).

Para tanto, é preciso desencadear o processo de cooperação interna e a **disponibilização do saber** de cada elemento da equipe de saúde. A questão da qualidade leva a uma maior reflexão sobre como garantir a integralidade do cuidado em saúde, num universo dominado pela lógica fragmentária do trabalho e do saber do médico. O cuidado à

clientela com doença crônica, em especial DM, não é somente do profissional médico “os tratadores”, ou enfermeiro “os cuidadores”, o cuidado é **do e para** o cliente. Todos os elementos que compõem a equipe multiprofissional devem exercer a coordenação no ambiente institucional das ações de tratamento e prevenção e cada um tem a responsabilidade do cuidado.

Assim, os sistemas de saúde no mundo estão passando por reformas. Essas reformas são orientadas para o aprimoramento da organização e financiamento dos serviços de saúde. O SEMPRE utilizou como estratégia o trabalho em equipe como proposta de interligação entre os profissionais, inclusive os médicos e os usuários do serviço.

A **avaliação** dos resultados é um outro componente importante dentro dos serviços de saúde Donabedian (1986). O desafio em pesquisa, principalmente, na atenção em diabetes mellitus, envolve a seleção de indicadores que reflitam o impacto do serviço na saúde da população atendida. Portanto, iremos analisar algumas características dos usuários diabéticos atendidos no SEMPRE.

Para a análise dos **resultados**, optamos pelas medidas de condição de saúde, uma vez que, seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos clientes que pudessem ser atribuídas a

um cuidado prévio. Nessa direção, apresentaremos primeiramente as características sociodemográficas dos usuários com diabetes no SEMPRE.

5.2 Caracterização das pessoas com DM atendidas no SEMPRE segundo variáveis sociodemográficas

Dos 42 (100%) sujeitos investigados, 36 (85,7%) possuem o diabetes tipo 2 e 6 (14,3%) o tipo 1. A maior prevalência do diabetes tipo 2 também é encontrada nos estudos de (Huse et al., 1989; Malerbi & Franco, 1992; Cunha et al., 1995; Torquato et al., 2003).

Em relação ao sexo, participaram do estudo 29 (69%) pessoas do sexo feminino, como encontrado em outros estudos (Cunha et al., 1995; Araújo et al., 1999; Salgado, et al., 2001; Zanetti, 2002). Ao estudarem a prevalência de diabetes na cidade de São Paulo, Goldenberg et al., (1996) encontraram elevada proporção em mulheres atribuindo este fato talvez a maior procura e frequência das mulheres ao serviço de saúde.

No entanto, em relação à ocorrência da doença, não se observaram diferenças significativas na prevalência quanto ao sexo no Brasil e em Ribeirão Preto sobre a prevalência do diabetes (Malerbi & Franco, 1992; Torquato et al., 2003).

Em relação ao estado civil, os dados mais expressivos apontam que das pessoas com DM tipo 2, 23 (63,8%) são casadas (Tabela 3). O conhecimento de características sócio-demográficas dos usuários do serviço deve ser considerado para que a proposta de educação pela equipe possa atender as necessidades reais do usuário.

Sabe-se que a educação é um processo de envolvimento tanto do profissional quanto do usuário, evidenciando eficácia desse trabalho na melhora não só do controle metabólico, mas na independência do tratamento, no sentido de prevenir o aparecimento de complicações. Para ser eficaz, o processo educativo deve ser direcionado para a família, amigos, associações, enfim, para a sociedade em geral (Carboni et al., 2000).

Proporcionar atenção em saúde e educação a um membro da família pode resultar na redução dos riscos para todos os parentes próximos, visto que os fatores de risco tendem a se concentrar nas famílias (OPAS, 2003).

Assim como, Lubkin & Larsen (2002), a pessoa com doença crônica em algum momento da vida poderá depender em variados graus de seus familiares ou cuidadores. Colocam que ao longo do tempo, a pessoa poderá requerer dois tipos de

cuidados: o cuidado social (atividades do cotidiano) e o cuidado relacionado à saúde (atividades específicas do tratamento).

A idade variou de 7 a 85 anos de idade, com predominância de 15 (41,6%) pessoas com DM tipo 2 na faixa etária de 70 a 79 anos e 3 (50%) na faixa etária de 0 a 9 anos no diabetes tipo 1 (Tabela 3).

A predominância de idosos diabéticos tipo 2, em nosso estudo, nos remete a pensar na importância de buscar estratégias para atender a esta demanda no serviço. Segundo Guerra et al. (2001), ao analisar internações hospitalares de idosos, encontraram que as variáveis independentes que demonstraram associações mais fortes com o número de internações hospitalares foram: o fato de viver sozinho; restrições financeiras à aquisição da medicação prescrita e diversos indicadores de necessidade (percepção negativa da própria saúde, número maior de consultas médicas, maior uso de medicação com receita médica e história de doença coronariana). Essas variáveis poderiam ajudar a identificar os idosos com risco elevado de hospitalização e contribuir para medidas preventivas.

Segundo Lubkin & Larsen (2002), o serviço de saúde deve contemplar no plano de cuidados, o impacto da doença crônica, durante todas as fases de desenvolvimento do ser humano, considerando sua idade e fase na vida.

Em relação à escolaridade, de acordo com a faixa etária, ressaltamos que 5 (83%) crianças diabéticas tipo 1 encontravam-se cursando o primeiro grau, concordando com a sua faixa etária. Já os diabéticos tipo 2, em sua maioria apresentavam o terceiro grau completo e faixa etária de 70 a 79 anos. Esses dados mostram que o trabalho foi realizado com uma população diferenciada quanto à escolaridade, comparando a outros estudos que apresentavam menor escolaridade da população estudada (Malerbi & Franco, 1992; Goldenberg et al., 1996).

O estudo de Almeida et al. (2002) aponta que os indivíduos diabéticos com menos de 3 anos de estudo, analfabetos funcionais, apresentaram as maiores taxas de internação, respectivamente 13,0% e 15,2%. Enquanto os indivíduos com 11 ou mais anos de estudo apresentaram as menores taxas de internação, respectivamente, 9,0% e 9,4%.

Essa maior taxa de internação e de restrição das atividades entre os indivíduos com menor escolaridade pode estar relacionada a diferentes fatores. Segundo Lessa, (1998) as piores condições de vida favorecem a ocorrência de doenças e dificultam a adoção de hábitos saudáveis de vida. Assim como, torna-se mais freqüente que os diagnósticos sejam feitos em uma etapa mais avançada da doença, na qual podem ocorrer

mais complicações, uma vez que, DM é uma doença de caráter insidioso, silencioso.

Reconhecemos que a escolaridade é um dos fatores que deve ser considerado na elaboração e implementação de programas educativos e sua condução, principalmente, na formação dos grupos. Verificamos que os usuários que possuíam escolaridade superior, um plano particular de assistência à saúde, exigiam dos profissionais conhecimentos específicos e mais profundos em DM. Esta exigência, por muitas vezes, constituiu o fator desencadeante para a busca da equipe multiprofissional de educação continuada frente ao DM e sua complexidade, como por exemplo, educar utilizando como referencial a contagem de carboidratos na alimentação.

Por outro lado, a equipe deve considerar, ainda, a ação direta da baixa escolaridade do indivíduo e as decorrentes dificuldades à compreensão das orientações médicas e de saúde. Dessa maneira, é preciso versatilidade na linguagem utilizada pelos profissionais para que os objetivos da educação em diabetes possam ser alcançados, considerando a escolaridade da população atendida.

5.3 Caracterização das pessoas com DM tipos 1 e 2 atendidas no SEMPRE, segundo variáveis relacionadas ao plano de saúde

Quanto ao tipo de plano de saúde, 28 (66%) diabéticos possuem plano particular, 10 (24%) plano empresa e 04 (10%) plano de custo operacional (Gráfico 1). Na cooperativa médica em estudo, o acesso do usuário ao SEMPRE está vinculado ao pré-pagamento de planos de empresas, de planos individuais e familiares, com diferentes níveis de cobertura e de especificidades de serviço.

Segundo Almeida et al. (2002), a presença de doença crônica entre os possuidores de planos de saúde particular, empresarial ou de órgão público foi semelhante àquela observada entre os não possuidores.

Em relação ao tempo que os sujeitos possuíam o plano de saúde, observamos que 8 (23%) pessoas com DM tipo 2 possuíam o plano de saúde de 5 a 6 anos; 3 (50%) pessoas com tipo 1 possuíam mais de 10 anos, conforme Gráfico 2. Como o DM é uma doença crônica não transmissível, esses usuários geralmente usufruem o plano de saúde por um tempo prolongado, e conseqüentemente, os benefícios do serviço.

Dessa maneira, o aumento da demanda de doenças crônicas acrescido ao aumento da expectativa de vida e a proporção de idosos na composição populacional implicam em uma assistência especializada e diferenciada nos sistemas de saúde (Lessa, 1998). Em outras palavras, aumentos na longevidade levam a maiores taxas de doenças crônicas, principalmente, sendo necessário ações para prevenir o aparecimento dos problemas crônicos.

5.4 Análise do perfil das pessoas com DM tipos 1 e 2, segundo variáveis relacionadas aos parâmetros clínicos e antropométricos

No Gráfico 3, observamos que a média da glicemia pós-prandial das pessoas com DM tipo 1 é maior do que no tipo 2. No DM tipo 1, a média inicial foi de 264 mg/dl e a última após 12 meses de participação no SEMPRE foi de 192,5 mg/dl, apresentando uma redução de 27%.

Quanto ao diabetes tipo 1, a média inicial do peso corporal foi de 33,78 Kg e a última de 35,11 Kg com o aumento de 1,33 Kg (Gráfico 4), conforme a fase de crescimento das crianças, reforçando a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Segundo o Ministério da Saúde, a equipe de saúde deverá conhecer os aspectos mais relevantes do

desenvolvimento e crescimento infantil para fazer algumas intervenções, e principalmente, saber identificar as crianças que devem ser encaminhadas para tratamento especializado (BRASIL, 2002b).

Em relação ao peso das crianças diabéticas destacamos que no Quadro 6, o sujeito D apresentou o risco para obesidade no 1º mês do SEMPRE evoluindo em um ano para o peso normal. O sujeito E apresentou o peso muito acima do esperado. As condutas recomendadas pelo Ministério da Saúde, incluem verificar a existência de erros alimentares, verificar e estimular a atividade física regular, principalmente em crianças acima de 4 anos de idade (Brasil, 2002b).

Quanto à estatura das crianças diabéticas, chama a atenção no Quadro 7 o risco para déficit estatural apresentado pelo sujeito A durante a participação no SEMPRE. Os sujeitos C e E apresentaram estatura muito acima do esperado. Esses resultados reforçam a importância do seguimento de especialistas, com avaliação detalhada e orientações mais específicas em diabetes mellitus.

Realizados os testes estatísticos, considerando a observação do primeiro mês e a do décimo segundo mês dos indivíduos com diabetes do tipo 1, verificamos que para a variável glicemia capilar pós-prandial [$t(5)=1,3673$; $p>0,05$] e

para a variável peso corporal [$t(5)=-1,9764$; $p>0,05$] a hipótese de igualdade não é rejeitada a um nível de significância de 5%, não sendo estatisticamente significativa a influência do SEMPRES.

Em relação às pessoas com DM tipo 2, a média inicial foi de 188,63 mg/dl e a final de 152,52 mg/dl, com uma redução de 19% em um ano no SEMPRES.

Em relação à média do peso corporal dos diabéticos tipo 2, verificamos que a média inicial foi de 78,03 Kg e a última após 12 meses de participação no SEMPRES de 76,11 Kg, apresentando uma redução de 1,92 Kg na média em um ano.

Na Tabela 4, verificamos o número de pessoas com DM tipo 2 com IMC normal. Do primeiro para o décimo segundo mês de participação no SEMPRES o número de pessoas com IMC normal aumentou de sete para nove. Quanto ao obeso classe II, houve redução de cinco para quatro, e o obeso classe III, de quatro para dois sujeitos.

Realizados os testes estatísticos, considerando a observação do primeiro mês e a do décimo segundo mês das pessoas com Diabetes do tipo 2, verificamos que para a variável peso corporal [$t(35)=1,6241$; $p>0,05$] a hipótese de igualdade não é rejeitada a um nível de significância de 5%, não sendo estatisticamente significativa a influência do SEMPRES. Já para a variável glicemia capilar pós-prandial [$t(35)=2,6494$; $p<0,05$] a

hipótese de igualdade é rejeitada, sendo significativa a influência do SEMPRE na redução da média da glicemia capilar pós-prandial.

Quanto à pressão arterial, observamos que a média de PAS inicial foi de 139,72 mmHg e a final, após a participação de 12 meses no SEMPRE, de 130,27 mmHg, com redução de 9,45 mmHg na média, representando 6%. Quanto à média de PAD inicial foi de 80,27 mmHg e a final de 74,59 mmHg, com redução de 5,68 mmHG, representando 7% (Gráfico 5).

Realizados os testes estatísticos para a variável pressão arterial sistólica [$t(36)=1,4465$; $p>0,05$] a hipótese de igualdade não é rejeitada a um nível de significância de 5%. Já para a variável pressão arterial diastólica [$t(36)=3,4973$; $p<0,05$] a hipótese de igualdade é rejeitada a um nível de significância de 5%, ficando confirmada a influência do SEMPRE na redução da média na pressão arterial diastólica.

Essa redução deve ser valorizada, uma vez que, segundo National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (2002), aproximadamente 73% dos adultos com diabetes apresentam hipertensão arterial com valores maiores que 130/80mmHg ou usam medicação para o controle da pressão arterial. Em relação à pressão sistólica para cada redução de 10

milímetros de mercúrio (mmHg), o risco de não apresentar nenhuma complicação é de aproximadamente 12%.

O controle intensivo da pressão arterial (<130/85 mmHg) realizado no UKPDS com pessoas diabéticas tipo 2 demonstrou a redução de 6,6% na mortalidade relacionada ao DM e redução de 7,2% de complicações microvasculares do DM. Os dados obtidos neste estudo, em concordância com o UKPDS, apontam que em todo programa educativo em diabetes deve verificar e valorizar a redução dos níveis pressóricos dos usuários em seguimento (UKPDS, 1998).

A ocorrência de hipertensão e diabetes multiplica os fatores de risco para doença micro e macrovascular, resultando em aumento do risco para mortalidade cardiovascular, doença coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, doença cerebrovascular e doença vascular periférica (Faria et al., 2002).

Neste estudo, encontramos uma redução na média da glicemia capilar pós-prandial do grupo durante a participação no SEMPRE. No entanto, ao analisar os resultados segundo o Consenso Detecção e Tratamento das Complicações Crônicas do Diabetes Mellitus (Sociedade Brasileira de Diabetes, 1999) para as pessoas com DM tipo 1, verificamos discreta redução significativa no controle metabólico, mas não alcançaram a meta de bom controle do Consenso. Cabe ressaltar a importância de

valorizar a conquista da redução e a manutenção dos valores como fundamental no trabalho grupal.

A avaliação de rotina da glicemia capilar pós-prandial deve ser realizada em todos os diabéticos. Primeiramente, para documentar o grau do controle glicêmico inicial e para acompanhar a adesão às orientações fornecidas para melhora do controle glicêmico. Para cada pessoa com DM, a frequência dos testes deve depender do esquema terapêutico e controle metabólico alcançado (ADA, 2001; GEDAPS, 2000; PLANO, 2002).

Vale ressaltar que, o exame ideal para verificação do controle metabólico é a hemoglobina glicosilada. Mas a utilização desse exame como parâmetro de avaliação foi prejudicada por alguns fatores descritos a seguir.

Os usuários cadastrados no SEMPRE são encaminhados por diversas especialidades médicas, ou seja, ginecologista, ortopedista, psiquiatra entre outros, e nem sempre em seguimento com um médico endocrinologista ou clínico geral. Assim, não possuíam resultados de exames de hemoglobina glicosilada para apresentar no SEMPRE.

Por outro lado, a realização desse exame pelo SEMPRE, rotineiramente, implicaria em fixar um laboratório para realizar o exame para ser possível comparar os valores de referência dos testes. Essa proposta tornou-se inviável, devido à cooperativa

possuir convênios com diversos laboratórios de análises clínicas na cidade.

A enfermagem tentou solicitar que o usuário trouxesse o último resultado do exame de hemoglobina glicosilada, mas por falta de resultado guardado e realização do exame, essa tentativa não obteve sucesso. Dessa maneira, utilizaram-se os resultados da glicemia capilar pós-prandial obtida no SEMPRE. Por outro lado, a realização da glicemia capilar pós-prandial contribuiu para uma maior conscientização dos usuários e médicos quanto à importância da automonitorização do diabetes.

Reconhecemos que a automonitorização do diabetes pode contribuir para melhorar o grau de controle metabólico dos usuários, além do fato de que Brown (1999) refere que as pessoas com DM que não recebem treinamento de automonitorização apresentam quatro vezes maior probabilidade de desenvolver uma complicação do diabetes.

Segundo Davidson (2001), 80 a 90% dos diabéticos tipo 2 são obesos, sendo que a própria obesidade acrescenta resistência adicional à insulina. Devido à freqüente associação entre portadores de DM e excesso de peso, o tratamento rigoroso da obesidade é essencial no manejo em DM. Mesmo pequenas reduções de peso de 5 a 10% estão intimamente relacionadas à melhora do controle metabólico e níveis

pressóricos dos usuários, reduzindo desta forma a mortalidade relacionada ao DM (Turatti & Halpern, 2000). Segundo Brandle et al. (2003), a cada aumento de 10 Kg/m² no IMC pode incrementar de 10 a 30 % nos custos diretos do tratamento em diabetes.

O conjunto de anormalidades que inclui obesidade, hipertensão, diabetes tipo 2 e dislipidemia é denominado síndrome metabólica. O risco para apresentar diabetes tipo 2 e hipertensão está fortemente relacionado à obesidade e à distribuição central da gordura corporal (Zimmet, 1999). Dessa maneira, acreditamos na importância do controle e rastreamento desses parâmetros clínicos na prevenção e tratamento do DM

5.5 Comparação das consultas médicas e custo com procedimentos médicos no SEMPRE

Em relação ao gasto total das pessoas com diabetes tipo 2, o valor pago pela cooperativa, variou de R\$ 2.394,30 a R\$ 8.610,83 por mês antes da participação no SEMPRE. Durante o primeiro ano no SEMPRE, o gasto variou de R\$ 1.926,14 a R\$ 6.007,96 por mês (Gráfico 6).

Quanto aos gastos em urgência, as pessoas com DM tipo 2 totalizaram em um ano antes do SEMPRE R\$ 2.149,60 e durante

o ano no SEMPRE R\$ 1.279,28, com redução de R\$ 870,32 (Gráfico 8).

Em relação ao número de consultas médicas realizadas, as pessoas com DM tipo 2 totalizaram 445 consultas em um ano antes do SEMPRE, sendo a média de 37 consultas por mês e 1 consulta por pessoa mensal. Durante o ano no SEMPRE, foram realizadas 412 consultas, sendo a média de 34 consultas por mês e 0,95 consulta por pessoa no mês (Gráfico 7).

Em relação às consultas médicas de urgência, as pessoas com DM tipo 2 realizaram em um ano antes do SEMPRE 44 consultas e durante o ano no SEMPRE 23 consultas, com redução de 21 consultas (Gráfico 9).

Realizados os testes estatísticos, considerando o total do ano anterior e o total do ano posterior para cada pessoa com Diabetes tipo 2, verificamos que, para a variável gasto em urgência [$t(35)=1,3263$; $p>0,05$], para a variável consultas de urgência [$t(35)=0,3713$; $p>0,05$], para a variável gasto em procedimentos médicos [$t(35)=1,1607$; $p<0,05$] e para a variável consultas médicas [$t(35)=0,7178$; $p>0,05$] a hipótese de igualdade não é rejeitada, ou seja, não existe diferença significativa a um nível de significância de 5% entre as médias

observadas, ou seja, estatisticamente não existe diferença entre as médias dos anos antes e após o SEMPRE.

As pessoas com DM tipo 1 gastaram R\$ 1.457,03 em um ano antes do SEMPRE e R\$ 365,52 durante o primeiro ano no SEMPRE, apresentando a redução de R\$ 1.091,51 (Gráfico 6). Quanto ao valor gasto em urgências no diabetes tipo 1, o valor variou de R\$ 58,72 a R\$ 651,52 antes do SEMPRE e de R\$ 40,80 a R\$ 539,58, por mês, durante o SEMPRE (Gráfico 8). As pessoas com DM tipo 1 realizaram 9 consultas antes e 7 em um ano no SEMPRE (Gráfico 7).

Realizados os testes estatísticos, considerando o total do ano anterior e o total do ano posterior para cada diabético tipo 1, verificamos que, para a variável gasto em urgência [$t(5)=1,6148$; $p>0,05$], para a variável consultas de urgência [$t(5)=0,3627$; $p>0,05$] e para a variável consultas médicas [$t(5)=-0,9333$; $p>0,05$] a hipótese de igualdade não é rejeitada, ou seja, não existe diferença significativa a um nível de significância de 5%. Já para a variável gasto com procedimentos médicos [$t(5)=4,5633$; $p<0,05$] a hipótese de igualdade é rejeitada, ou seja, existe diferença significativa entre as duas médias, antes e após o SEMPRE.

Portanto, verificamos a ocorrência de apenas uma mudança significativa com a inclusão do SEMPRE, observada para a

variável Gasto com procedimentos médicos. No entanto, a não rejeição da hipótese de igualdade para os outros casos, foi determinada pelos valores altos do desvio padrão, ou seja, devido a grande variabilidade existente entre os indivíduos.

No estudo realizado por Almeida et al. (2002), as pessoas com doença crônica que possuem planos de saúde, apresentaram maior consumo de consultas médicas nos últimos 12 meses em relação ao serviço público. A média de consultas médicas foi de 5,6/mês para aqueles com plano de saúde e 4,7/mês para os demais. Embora a posse de plano de saúde tenha possibilitado maior consumo médio de consultas médicas, a diferença foi apenas de uma consulta, mostrando assim que a cobertura oferecida pelo Sistema Único de Saúde tem sido próxima àquela oferecida pela posse de um plano particular, empresarial.

Em países desenvolvidos, a taxa de utilização de consultas médicas é bem mais elevada, conforme estudo conduzido por Izumi et al. (2001) no Japão, onde cerca de 92% dos indivíduos adultos utilizam, em média, 2 a 2,5 consultas médicas/mês.

Almeida et al. (2002) apontam ainda que, em um inquérito de saúde norte-americano observou-se em 1995 a média de 5,8 consultas médicas por mês nos últimos 12 meses para a população total. Colocam que esse valor aumenta com a idade

chegando a 11,1/mês consultas para os indivíduos com 65 anos e mais. A taxa de utilização é maior entre as mulheres e entre os mais pobres (renda familiar abaixo de 15 mil dólares anuais) e sem diferenças entre brancos e negros.

Segundo Lubkin & Larsen (2002) aproximadamente 14% das pessoas com diabetes, em 1996, relataram ter freqüentado a sala de urgência. Na Califórnia, entre os participantes adultos, maiores de 40 anos de idade, em um estudo de intervenção, Lorig et al. (2001) relatam cerca de 5,86 visitas ao médico ou a um serviço de emergência nos últimos 6 meses.

A utilização de serviços de saúde pelos portadores de problemas crônicos de saúde é consideravelmente maior do que a observada entre a população em geral. Analisando os gastos em saúde efetuados pelas organizações administradoras de saúde (HMO) norte-americanas, Rauber (1999) aponta que uma estrutura de gastos destina 84% dos recursos para tratamento e recuperação e apenas 16% para prevenção dos agravos à saúde. As pessoas com doenças crônicas, embora correspondam cerca de 20% dos clientes, consomem em torno de 80% dos recursos dos serviços de saúde.

Gonzales & Galindez (1997) colocam que os diabéticos perfazem 8% dos gastos totais com internações hospitalares e que as complicações crônicas de diabetes são os principais gastos com internação hospitalar. Segundo Carral et al. (2002), em cada 1.000 pessoas diabéticas 135 hospitalizam-se em comparação a 95 por 1.000 pessoas sem diabetes. As pessoas diabéticas são hospitalizadas quatro dias a mais do que as pessoas sem diabetes, concluindo que a utilização do hospital contribui com uma carga econômica desproporcional entre as pessoas.

Almeida et al. (2002) sugerem que as pessoas que possuem planos de saúde apresentam maior facilidade de internação para esses indivíduos, quando comparados aos que não possuem plano de saúde. Dessa maneira, ressaltam que maiores estudos devem ser conduzidos, identificando-se atividades preventivas para diminuir as internações hospitalares.

Vale destacar que outros autores referem que a evolução, principalmente, do DM tipo 2 para o tratamento insulínico e as complicações crônicas constituem-se em indicadores de avaliação em saúde e incrementam o impacto sobre os custos diretos da assistência (Simpson et al., 2003; Clarke et al., 2003; Brandle et al., 2003).

Segundo Starfield (2002), qualquer avaliação dos benefícios deve levar em consideração não apenas o impacto sobre a doença e os custos de seu manejo, mas também a extensão na qual afeta todos os outros aspectos de atenção à saúde dos usuários.

Segundo (OMS) 2003, os encargos de saúde tornam-se excessivos quando as condições crônicas são mal gerenciadas. O impacto dos problemas crônicos em saúde vai além dos gastos normais relacionados ao tratamento médico.

Nesse contexto, torna-se difícil implementar modelos de planejamento ou controle de desempenho que abranjam todo o sistema cooperativista médico. Mesmo em relação a procedimentos de controle de custo e inflação médica, observa-se grande variabilidade entre as singulares da Unimed, tanto nos mecanismos implementados, como nos resultados obtidos, sem que se realize qualquer tipo de monitoramento sistemático destas experiências (Duarte, 2001).

Uma dualidade permanente é identificada no interior do sistema cooperativo, marcado pela competição entre os objetivos da organização, quando explicitados—diminuir o grau de utilização dos serviços, para otimizar a relação receita/despesa, e os objetivos dos profissionais em aumentar seus ganhos, através do aumento da produtividade. Tal situação permeia, de

maneira clara, os interesses e as demandas dos usuários (Duarte, 2001).

Dessa maneira, a Unimed apresenta, como missão, "o objetivo de agregar profissionais médicos para defesa do exercício liberal, ético e qualitativo de sua profissão, com adequadas condições de trabalho e remuneração justa, além de propiciar, à maior parcela possível da população, um serviço médico de boa qualidade, personalizado e a custo compatível". Mas a sua história revela uma trajetória marcada por negociações, disputas e pela intenção de mobilizar a categoria para, através de uma organização corporativa, garantir a autonomia na prática profissional e competir no mercado de trabalho (Duarte, 2001).

Contudo, acreditamos que os conhecimentos sobre estratégias e práticas de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida contribuirão na formação de novos sujeitos das práticas de saúde. Se de um lado, há o investimento por parte de serviços de saúde em prevenção de doenças e agravos à saúde, por outro lado, há a necessidade de investir em esforços coletivos pela socialização da promoção à saúde, e na formação de novos sujeitos políticos coletivos que se mobilizem pela transformação do novo pensar e fazer em saúde.

6 Conclusões

As conclusões serão apresentadas conforme a seqüência dos objetivos propostos para este estudo. Podemos concluir que:

Ao analisar a **estrutura** da atenção em diabetes mellitus realizada no SEMPRE–Serviço de Medicina Preventiva, chama a atenção que o serviço apresenta suas instalações e equipamentos em localização de fácil acesso ao atendimento dos usuários. No que tange à estrutura física, o ambiente é adequado ao atendimento da clientela quanto aos mobiliários, material educativo e iluminação nos atendimentos. Possui um diferencial no atendimento, disponibilizando o horário noturno, incrementando o acesso ao atendimento dos usuários.

Em relação ao gerenciamento e comodidades, apresenta um sistema informatizado facilitador do processo, além da utilização de diversos recursos audiovisuais no processo educativo.

A variedade de serviços extras e de programas educativos oferecidos é fundamental, principalmente pelas condições crônicas dos usuários do SEMPRES, as quais exigem autogerenciamento, aderência ao esquema terapêutico, habilidades funcionais, conhecimento e responsabilidade.

O diferencial do SEMPRES no **processo** é o trabalho grupal como organização do serviço. Esta forma de trabalho permitiu maior eficiência e menor custo-efetividade nos programas educativos. Por outro lado, é uma atividade gratificante, porém, cansativa para os profissionais, sendo necessário o investimento na educação continuada da equipe multiprofissional.

Em relação as variáveis sociodemográficas, os resultados mais expressivos indicam que 69,1% dos sujeitos do estudo são do sexo feminino, 47,6% possuíam o primeiro grau incompleto, 54,7% são casados e 35,7% na faixa etária de 70 a 79 anos de idade. Quanto às variáveis relacionadas ao plano de saúde, a maioria, 66% dos diabéticos tinham plano de saúde particular.

Em relação às variáveis relacionadas aos parâmetros clínicos e antropométricos, houve redução de 23,8% na média da glicemia capilar, 6,7% da pressão arterial sistólica, 7% da pressão arterial diastólica e média de redução de 1,92 Kg no peso corporal, após doze meses de participação no SEMPRES.

Quanto aos custos diretos da assistência médica, em relação aos gastos em urgência, houve redução de 74,91% nos casos de diabetes mellitus tipo 1 e 40,4% no tipo 2. Já os gastos com procedimentos médicos em geral, houve redução de 11,1% no tipo 2 e 3,8% no tipo 1, comparando um ano antes e um ano depois da participação no SEMPRE.

A análise estatística demonstrou que há diferença significativa entre a média antes e depois da participação no SEMPRE nas seguintes variáveis: gasto com procedimentos médicos para os diabéticos tipo 1, glicemia capilar pós-prandial e pressão arterial diastólica para os diabéticos tipo 2. No entanto, a não rejeição da hipótese de igualdade para as outras variáveis, foi determinada pelos valores altos do desvio padrão, ou seja, devido a grande variabilidade existente entre os indivíduos.

A experiência enquanto enfermeira de participar do planejamento e implementação do SEMPRE e a reflexão durante o processo de construção dessa investigação permite tecer algumas reflexões sobre a atenção em diabetes mellitus nos serviços de saúde.

Esses resultados apontam que o trabalho realizado pela equipe multiprofissional em diabetes pode ser um diferencial na redução de alguns parâmetros metabólicos e para a manutenção desses valores. Dessa maneira, reforçamos a importância da

continuidade das mensurações dos parâmetros de glicemia capilar pós-prandial, peso corporal e a pressão arterial no SEMPRES. Ainda, sugerimos a inclusão da circunferência abdominal, hemoglobina glicosilada, níveis séricos de colesterol para acompanhamento dos usuários.

No presente estudo, evidenciamos lacunas em algumas informações no sistema informatizado do SEMPRES tais como: a renda familiar, cor da pele, tempo de diagnóstico do DM, o tabagismo e atividade física, o consumo de medicamentos.

Outra questão evidenciada é a necessidade de outros estudos, tais como investigar a satisfação dos usuários, as alterações na qualidade de vida, a visão dos cooperados envolvidos no SEMPRES, a percepção dos profissionais sobre o seu trabalho e o envolvimento com os usuários, entre outros.

Acreditamos que essas informações poderiam constituir fontes de evidências importantes para o desenvolvimento de estudos futuros. Porém, reforçamos a necessidade dos sistemas de informação constituírem-se um pré-requisito para um serviço de atenção à saúde coordenado, integrado e orientado por evidências científicas.

Acreditamos que a metodologia de estudo de caso permitiu o conhecimento da realidade local do SEMPRES. Na realidade, sentimos que as exigências que um estudo de caso faz em

relação ao intelecto, ao ego e às emoções de uma pessoa são maiores do que aquelas de qualquer outra estratégia de pesquisa. Isto ocorre pela contínua interação entre as questões teóricas que estão sendo estudadas e os dados que estão sendo coletados.

A observação participante permitiu perceber a realidade do ponto de vista de dentro do estudo de caso e não de um ponto de vista externo. Vale destacar, que houve um esforço em evitar assumir posições ou interesses na investigação e na redação do texto, buscando registrar as evidências diariamente e discutir cada evidência com o orientador do estudo.

A avaliação em saúde proposta por Donabedian "estrutura-processo-resultado" demonstrou-se adequada para o nosso estudo. No entanto, concordamos com Silva & Formigli (1994) que os componentes podem ser englobados sob o mesmo tópico, como por exemplo, os recursos humanos podem ser considerados na estrutura e/ou no processo. Também, a avaliação em saúde supõe a existência de ordem, harmonia, o que na prática concreta dos serviços não se verifica: a estrutura necessariamente não influi no processo, e o processo nem sempre guarda relação com o resultado.

Para garantir a integralidade do cuidado em saúde, principalmente, em um universo dominado pela lógica

fragmentada do trabalho e do saber do médico, deve-se desencadear o processo de cooperação interna e a disponibilização do saber de cada membro da equipe de saúde, para apagar as diferenças técnicas e teóricas entre a equipe multiprofissional.

Reconhecemos que há dificuldade para o desenvolvimento do trabalho em equipe. No SEMPRE, a dificuldade mais evidente referiu-se à comunicação e a transferência de informações entre os membros da equipe. A coordenação deve considerar que a equipe multiprofissional tem seus próprios valores, interesses e âmbito de influência. Assim, é preciso fomentar o intercâmbio de informações para formar um consenso e envolvimento da equipe no processo de trabalho.

Portanto, recomendamos o oferecimento de cursos de atualização e a padronização da linha pedagógica, reforçando a educação continuada da equipe multiprofissional e capacitação para o autogerenciamento em doenças crônicas não-transmissíveis.

Os profissionais devem aproveitar as interações com os usuários visando estratégias de promoção de saúde e prevenção de doenças. O envolvimento dos usuários no processo de tomada de decisão no tratamento torna a atenção em diabetes mellitus mais eficaz e eficiente. Para que a equipe multiprofissional

estabeleça interações efetivas são necessárias habilidades comunicativas avançadas, técnicas de mudança de comportamento, educação do cliente e habilidades de aconselhamento.

Esse estudo, por traduzir uma dinâmica de trabalho multiprofissional em diabetes mellitus, implementado em uma iniciativa privada, pode ser apontado como uma proposta inovadora dentro das atuais mudanças nos serviços de saúde no Brasil.

Na realização desse estudo, percebemos que se os serviços de saúde apresentarem uma estrutura adequada há probabilidade de um processo eficaz, e conseqüentemente, melhores resultados. Acreditamos que as características dentro de cada componente (estrutura-processo-resultado) diferem de lugar para lugar e de época para época e são determinadas pelo ambiente social, político, econômico e físico em que se insere o serviço de saúde.

Nessa direção, a busca do conhecimento deve ser baseada em evidências científicas sendo fundamental para o progresso em todos os campos para melhorar a efetividade, eficácia e a equidade do nível básico de todos os serviços de saúde.

A formulação de políticas em doenças crônicas não-transmissíveis é um processo cíclico que inclui a definição de um

problema, que conduz a elaboração, implementação e avaliação de uma política. Esse processo em cada país e local é único, demanda apoio das várias partes interessadas: instituições governamentais e não-governamentais, formadores de opinião, setor privado entre outros, no intuito de ampliar a cooperação, parcerias na atenção à saúde e necessidades da população.

Os projetos de reorganização das práticas de saúde necessitam de definição de estratégias para a avaliação, sintonizadas com as modificações propostas em um novo modelo assistencial, que ultrapassem o atendimento à demanda espontânea, centrada no cuidado médico individual. O tratamento em condições crônicas requer um tipo diferente de serviço de saúde, exigem mudanças no estilo de vida e gerenciamento da saúde por período extenso.

Enfrentar esses desafios implica em decisão política de aceitar e incorporar, como problema a ser solucionado, a reorientação dos serviços de saúde para as condições crônicas. Até mesmo porque, educar em diabetes mellitus, enquanto doença crônica não-transmissível é um processo que deve ser avaliado continuamente, encarando inclusive os resultados negativos de um processo avaliativo.

É preciso responsabilizar, também, o usuário no gerenciamento de seus problemas de saúde. O tratamento clínico

adequado é necessário, embora não seja suficiente para se obter ótimos resultados de saúde. Os usuários precisam mudar estilo de vida, participar do tratamento e os profissionais de saúde devem apoiá-los nesse sentido, buscando estratégias para intervenções comportamentais e melhorar o autogerenciamento e a aderência ao tratamento. Acreditamos que os serviços de saúde devem enfatizar o tratamento do usuário que tem diabetes e não o diabetes em si.

Os serviços de saúde deveriam redirecionar o enfoque do tratamento para programas de prevenção e as necessidades das pessoas que apresentam condições crônicas. A promoção da saúde, a prevenção e a assistência são elementos fundamentais para o alcance de serviços efetivos.

Acreditamos que estudos sobre medicina preventiva podem subsidiar o planejamento de ações efetivas, bem como servir de base para avaliar o impacto de futuras intervenções.

7 Referências bibliográficas**

ALMEIDA, F.A. et al. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998. **Ciência Saúde Coletiva**, São Paulo, v.7, n.4, p.85-93, 2002.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION- ADA. Recomendações para os portadores de diabetes mellitus. **Diabetes Clínica**, Rio de Janeiro, v.5, n. 4, p.258-262, 2001.

ANDRADE, L.O.M. et.al. A descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.8, n.1/2, p.85, 2000.

ARAUJO, R. B., et.al. Assessment of diabetic patient management at primary health care level. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n.1, p.24-32, Fev. 1999.

** Conforme Norma Técnica ABNT NBR 6023- Informação e Documentação. Referências – Elaboração.

ASSAL, J.P. et al. Patient education as the basis for diabetes care in clinical practice and research. **Diabetologia**, Áustria, v.28, p.602-13, 1985.

ASSUNÇÃO, M.C. et al. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.1, p.88-95, fev.2001.

BANCO CENTRAL DO BRASIL. Correção de valores. Disponível on line: <http://www.bcb.gov.br>. Acesso realizado em 17/11/2003.

BLOCH, K.V. Fatores de risco cardiovasculares e para o diabetes mellitus. In: LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo: Hucitec, 1998. cap.3, p.43-72.

BRANDLE, M. et al. The direct medical cost of type 2 diabetes. **Diabetes Care**, Alexandria, v.26, n.8, p.2300-4, Aug.2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação & saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002a. 264p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 76)

_____. **Orientações básicas para o diabético.** Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BROWN, S.A. Interventions to promote diabetes selfmanagement: state of the science. **Diabetes Educator,** Chicago, v.25, n.6, p.52-61, 1999. Supplement.

BROWN, S.A. et al. Atingindo populações carentes e de baixo nível cultural na orientação do diabetes. **Current Diabetes Reports Latin America,** n.1, p.397-409, 2002.

CAMELO, S.H.H. et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Revista Latino-americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v.8, n.4, p. 30-37, ago. 2000.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. o caso da saúde. In: CECILIO, L.C. (org). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994. cap.2, p-29-87.

CAMPOS, M.A. O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.41, n.6, p. 255-257, 1992.

CARBONI et al. Anomalias sistêmicas e bucais em pacientes com diabetes mellitus: revisão e relato de caso clínico. **Diabetes Clínica**, Rio de Janeiro, v.4, p.62-68, 2000.

CARRAL, F. et al. Care resource utilization and direct costs incurred by people with diabetes in a Spanish hospital. **Diabetes Research**, Edinburgh, v.56, n.1, p.27-34, apr. 2002.

CASTILHO, L.F. et.al. A importância da educação multidisciplinar na melhora da qualidade de vida do portador de diabetes - experiência da ANAD. **Diabetes Clínica**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 6, p. 408-413, nov./dez. 2001.

CLARKE P, et al. The impact of diabetes-related complications on healthcare costs: results from the United Kingdom Prospective Diabetes Study. **Diabetes Metabolism**, New York, v.20, n.6, p.442-50, jun. 2003.

CUNHA, E.F. et al. Perfil de pacientes diabéticos internados em Hospital Universitário no Rio de Janeiro. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v.39, n.2, p.111-5, 1995.

DAVIDSON, M.B. **Diabetes mellitus: diagnóstico e tratamento.** 4 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. cap. 10, p. 305-378.

DE FELICE, S.A. **Assistência integrada a portares de asma: um modelo de atendimento multiprofissional.** 1994. 144 p. Tese (Livre docência). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

DIABETES CARE The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, Alexandria, vol. 20, p.1183-1197, 1997.

DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL- DCCT. Research group: The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long term complications in IDDM. **New England Journal of Medicine.** Andover, n.329, p.977-86, 1993.

DONABEDIAN, A Basic Approaches do Assessment: Structure, Process and Outcome. In: **Exploration in quality assessment and monitoring.** Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, p77-125, 1980.

_____. Criteria and standards of quality. **Quality Review Buletin**, v.12, n.3, p.99-108, 1986.

_____. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Buletin**, v.18, p.356-360, 1992.

DUARTE, C.M.R. Unimed: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.35-41, jul./ago. 2001.

EDUARDO, M.B.de P. A informação em saúde no processo de tomada de decisão. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.70-7, ago./out. 1990.

EIBENSCHUTZ, C. **Política de saúde: o público e o privado**. Organizado por Catalina Eibenschutz. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. 312p.

FARIA, A. N et al. Tratamento de diabetes e hipertensão no paciente obeso. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, São Paulo, v.46, n.2, abr. 2002.

FELISBERTO, E. et al. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância no Programa Saúde da Família, no Estado de Pernambuco. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, nov./dez. 2002.

FERRAZ, A.E.P. et al. Atendimento multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no ambulatório de diabetes do

HCFMRP-USP. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.33, p.170-175, abr./jun. 2000.

FRAIGE FILHO, F. Desafios e sucessos da Campanha de Diabetes do Ministério da Saúde. **Diabetes Clínica**, Rio de Janeiro, v. 5, n.2, p.71, mar./abr. 2001a.

FRAIGE FILHO, F. O tratamento do diabetes mellitus do tipo 2. **Diabetes Clínica**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p.187-193, maio/jun. 2001b.

GAGLIARDINO, J.J. et al. Avaliação da qualidade da assistência ao paciente diabético na América Latina. **Diabetes Clínica**. Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.46-54, jan.2002.

GAGLIARDINO, J.J. et al. Um modelo de programa educacional para pessoas com diabetes tipo 2. **Diabetes Care**. Alexandria, n.0, p.12, out.2001.

GOLDENBERG, P. et al. Diabetes mellitus auto-referido no Município de São Paulo: prevalência e desigualdade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.37-45, jan./mar. 1996.

GONZALES,M.; GALINDEZ,A Study of the hospitalisations cost of complications in diabetes. **An Sist Sanit Navar.**, v.20, n.1, p.71-6, 1997.

GRUESSER, M. et al. Evaluation of a structured treatment and teaching program for non-insulin-treated type II diabetic out-

patients in Germany after the nationwide introduction of reimbursement policy for physicians. **Diabetes Care**, Alexandria, n.16, p.1268-75, 1993.

GRUPO DE ESTUDIO DE LA DIABETES EM LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD – GEDAPS. Guia para el tratamiento de la diabetes tipo 2 em la Atención Primaria. Contribución al programa de acción de la Declaración de St. Vicente, 2000.

GUERRA, H.L. et al. Projeto Bambuí: fatores associados a internações hospitalares entre idosos na comunidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.6, nov./dez.2001.

HANNAN, K.J. The impact of nursing informatics on nursing practise. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE, 3., 1990, Rio Grande do Sul.

HELENO, M.G.V. Aspectos sócio-psico-somáticos de uma amostra de pacientes diabéticos tipo 2 **Diabetes Clínica**, Rio de Janeiro, n.1, p. 48-54, 2001.

HUSE, D.M. et.al. The economics costs of non-insulin dependent diabetes mellitus. **JAMA**, Chicago, v.262, n.11, p.2708-13, 1989.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Complicações do diabetes e educação. **Diabetes Clínica**, Rio de Janeiro, v.6, n. 3, pg.217-220, maio/jun. 2002.

IZUMI, Y. et al. Impact of smoking habit on medical care use and its costs: a prospective observation of National Health Insurance beneficiaries in Japan. **International Journal of Epidemiology**, Oxford, v.30, p.616-621, 2001.

KRONSBEIN, P. et al. Evaluation of a structured treatment and teaching programme on non-insulin-dependent diabetes. **Lancet**, New York, v.2, p.1407-11, 1988.

LERÁRIO, A.C. Nova classificação e critérios para o diagnóstico do diabetes. **Diabetes & Metabolism**, New York, v.1, p.65-67, 1997.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade – Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998, 284 p.

LORIG, K.R. et al. Chronic disease self-management program. Two-year health status and health care utilization outcome. **Medical Care**, Philadelphia, v.39, n.11, p.1217-1223, 2001.

LOTUFO, P.A. Epidemiologia das doenças isquêmicas do coração no Brasil. In: Lessa, I. **O adulto brasileiro e as doenças da**

modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998. cap.7, p. 115-122.

LUBKIN, I.M.; LARSEN, P.D. **Chronic illness:** impact and interventions. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2002, 609p.

MALERBI, D.A.; FRANCO, L.J. Multicenter study of the prevalence of diabetes melemos and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. **Diabetes Care**, Alexandria, n.15, p.1509-1516, 1992.

MALTA, D.C. et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.24, n.56, p.21-34, set/dez. 2000.

MANCINI, M.C. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 584-608, dez. 2001.

MARCONDES, E. et al. **Crescimento e desenvolvimento pubertário em crianças e adolescentes brasileiros. II.** Altura e Peso. São Paulo, Editora Brasileira de Ciências, 1982.

MARIN, H. de F. **Informática em enfermagem.** São Paulo: EPU, 1995.

MAZZE, R.S. Diabetes patient education: a health care provider perspective. **Diabetes Educator**, Chicago, v.12, n.2, p. 126-30, 1986.

MAZZE, R.S.; SIMONSON, G.D. Staged Diabetes Management a systematic evidence-based approach to the prevention and treatment of diabetes and its co-morbidities. **Pract. Diab. Int.**, v.18, n.7, p. S1-S16, 2001. Supplement.

MÉDICI, A.C. **A medicina de grupo no Brasil**. Relatório ENCE/IBGE, São Paulo: IBGE, 1990.

MUNARI, D.B.; RODRIGUES, A. R.F. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: AB, 1997. 114p.

NATIONAL INSTITUTE OF DIABETES AND DIGESTIVE AND KIDNEY DISEASES. **National diabetes statistics fact sheet: general information and national estimates on diabetes in the United States, 2000**. Bethesda, U.S. Department of Health and Human Services/National Institutes of Health, 2002.

OLIVEIRA, J.E.P de. A sociedade brasileira de diabetes e o futuro. **Diabetes clínica**, Rio de Janeiro, v.5, n.5, p.288, set./out. 2001.

OLIVEIRA, R.F.; SANTOS, AC.M. A educação dos diabéticos. **Diabetes Clínica**, Rio de Janeiro, v.4, p.307-310, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 105 p., 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. CARMEN- Iniciativa para a prevenção integrada de doenças não-transmissíveis nas Américas. Brasília, 32 p., 2003.

PATTI, L.R. et al. Assessment of group versus individual diabetes education. **Diabetes Care**, Alexandria, v.25, n.2, p. 269-274, Feb. 2002.

PLANO Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

RAUBER C. Disease management can be good for what ails patients and insurers. **Modern Healthcare**, Chicago, v.29, p.48-54, mar. 1999.

REIS, E.J.F.B. et al. Definição operacional da qualidade da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital-escola. **Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro**, v.50, n.2, p.229-46, abr./jun. 1997.

ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

RUIPÉREZ, I.; LIORENTE, P. **Guias práticos de Enfermagem: Geriatria**. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2001.

SABA, V.K. et al. Computers in nursing management. **American Nurses Publishing**, p. 1-11, 1994.

SALGADO, N. et al. Perfil do paciente diabético internado no hospital universitário Presidente Dutra, São Luís, Maranhão, **Diabetes Clínica**, Rio de Janeiro, v.5, n.5, p. 333-338, 2001.

SIMPSON S.H. et al. The cost of major comorbidity in people with diabetes mellitus. **CMAJ**. v.168, n.13, p.1661-7, jun. 2003.

SILVA, L.M.V. & FORMIGLI, V.L. A avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.80-91, jan/mar, 1994.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Consenso Detecção e Tratamento das Complicações crônicas do diabetes mellitus. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, Rio de Janeiro, v.43, p.7-13, 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. III Consenso Brasileiro de Hipertensão arterial. **HiperAtivo**, Ribeirão Preto, v.6, p67-106, 1998.

SOUZA, C.R. **A prática de utilização de seringas descartáveis na administração de insulina no domicílio.**

1999. 173p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

SOUZA, C.R.; ZANETTI, M.L. A criança diabética, os pais e sua família em relação a insulino-terapia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 47., Goiânia, 1995.

SOUZA, C.R.; ZANETTI, M.L. Análise de publicações sobre diabetes mellitus em enfermagem. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA, 46., Vitória, 1994.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002.

STEINER, G.; LAWRENCE, P.A. **Educando o paciente diabético.** São Paulo: Andrei, 1992. 323p.

TANAKA, Y.O. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.50-61, jan./mar. 1990.

TAVARES, D.M. dos S. **Educação conscientizadora do idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro.** 1997. 142p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

TEIXEIRA, C.F. **O futuro da prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

THE WORLD BANK. **World development Report 1993: investing in health**. Cambridge: Oxford University Press, 1993.

TORQUATO, M.T.C.G. et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v.121, n.6, p.224-230, 2003.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais. A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo:Atlas, 1992. 175p.

TURATTI, L.A.; HALPERN, A. Estratégias atuais de tratamento do paciente diabético obeso. **Diabetes Clínica**, Rio de Janeiro, v.4, p.354-358, 2000.

UNITED KINGDOM PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP - UKPDS. Intensive blood-glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes: UKPDS 33. **Lancet**, New York, v.352, p.837-853, 1998.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução Daniel Grassi. 2ª edição, Porto Alegre: Bookman, 2001, 205p.

WILLIAMS, G.C. et al. Orientação para a automonitorização do diabetes direcionada ao paciente. **Current Diabetes reports Latin America**, v.1, p.378-387, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity – Preventing and managing the global epidemic**. Geneva: WHO, 1998. (Report of a Consultation on Obesity)

ZANELLA, M.T.; FERREIRA, S.R.G.; RIBEIRO, A.B. Hipertensão arterial e diabete melito. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, n.2, v.1, p. 55-60, São Paulo, 1998.

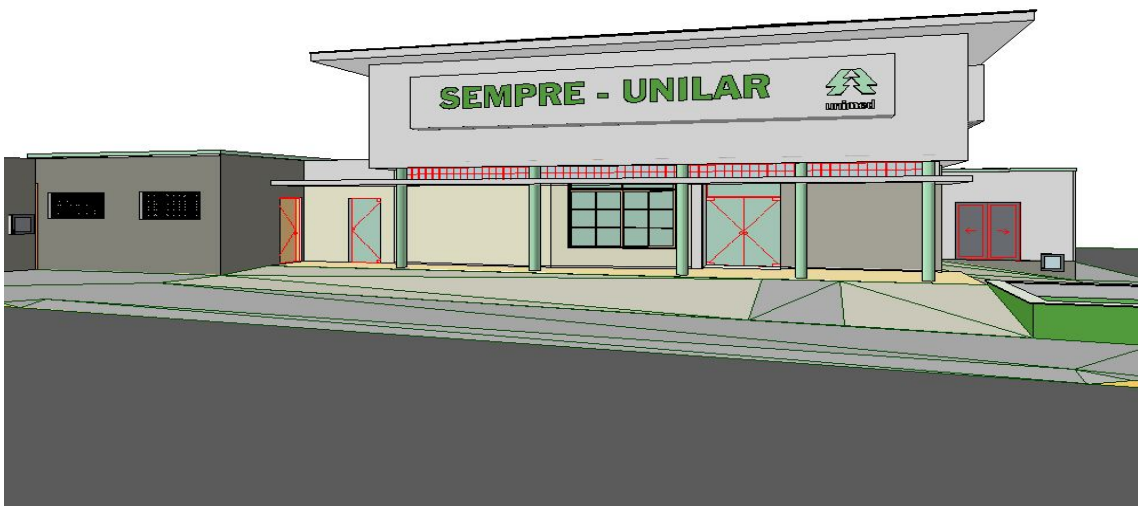
ZANETTI, M.L. **O cuidado com a pessoa diabética no Centro Educativo de Enfermagem para adultos e idosos**. 2002. 178p. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ZANETTI, M.L. **O diabetes mellitus tipo 1 em crianças e adolescentes: um desafio para as mães e profissionais de saúde**. 1996. 168p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

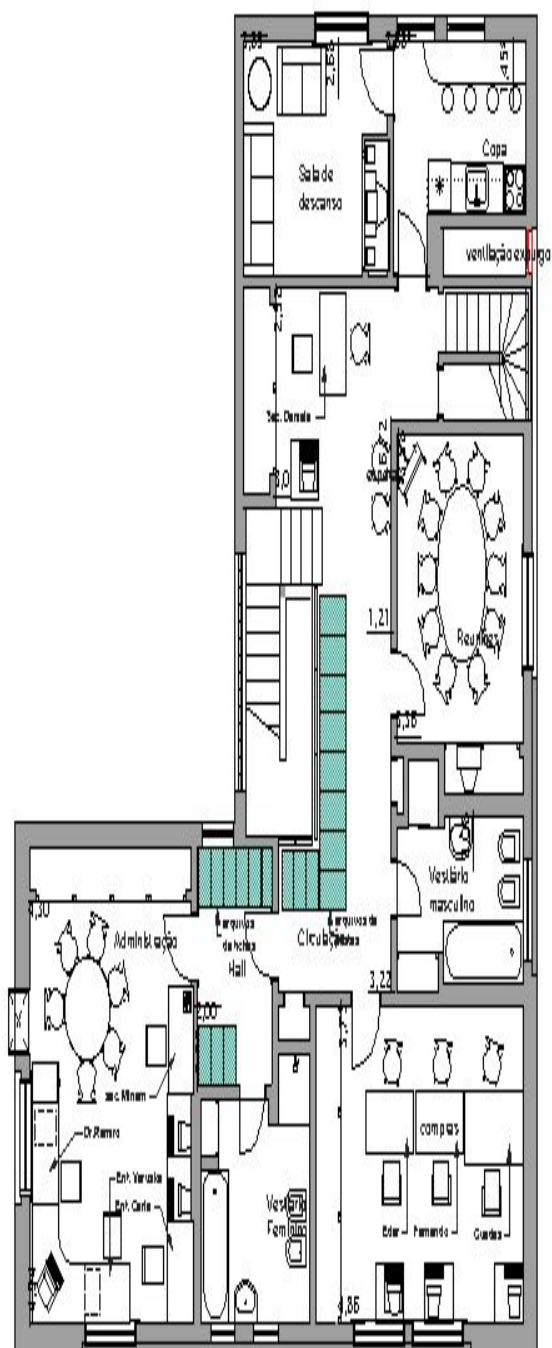
ZIMMERMAN, D.E. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes médicas, 1997. 424 p.

ZIMMET, P.Z. Diabetes epidemiology as a tool to trigger diabetes research and care. **Diabetologia**, v.42, n.5, p.499-518, 1999.

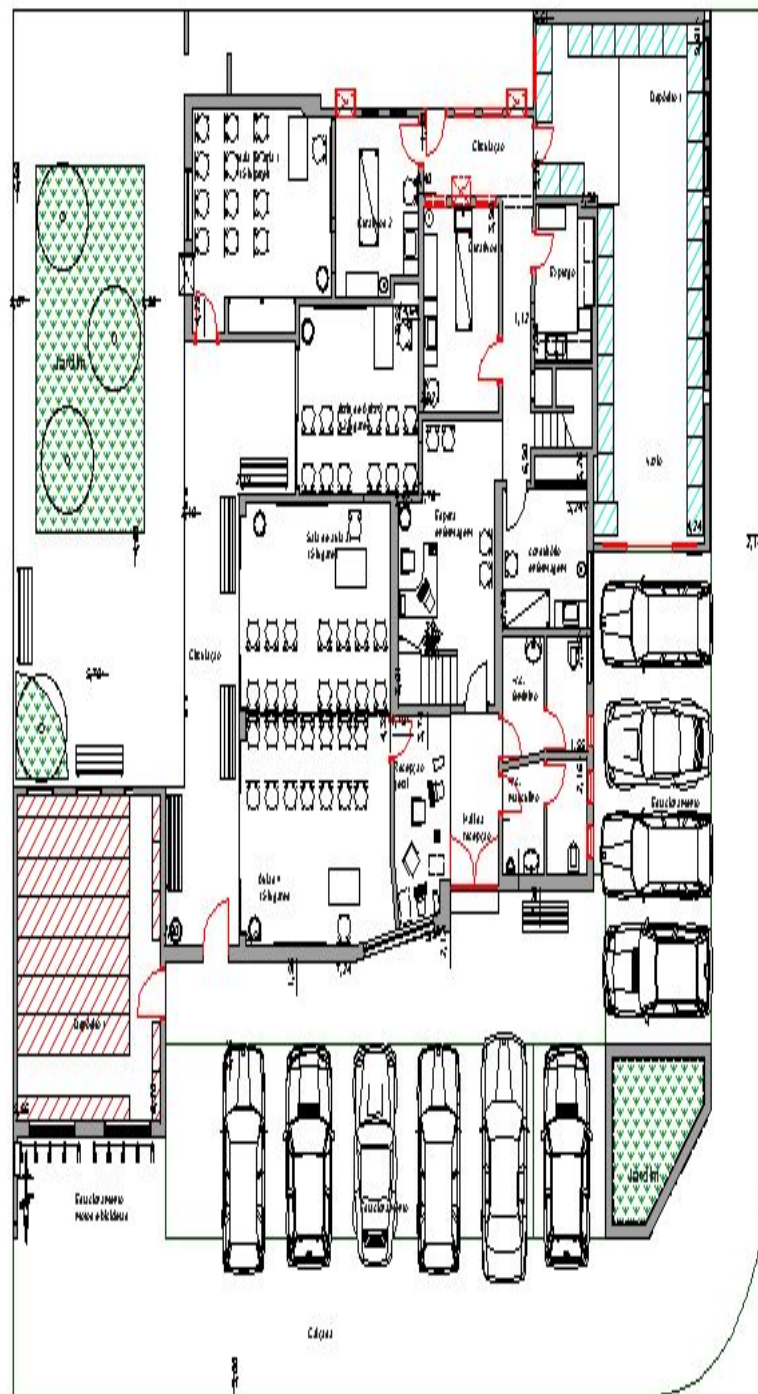
ANEXO B- Arranjo Físico do SEMPRE



ANEXO C- Planta física do SEMPRE



MOBILIÁRIO SUPERIOR
esc. 1:100



LAY OUT MÓVEIS
esc. 1:100

Rua Marcondes Salgado

ANEXO E- Direitos e deveres na Atividade de Integração do SEMPRE

Atividade de Integração SEMPRE

Recepção dos usuários na recepção

 Checagem da carteirinha Unimed

 Entrega do encaminhamento do médico

 Apresentação dos membros do grupo

 Profissionais da equipe

 Usuários

 Verbalização das expectativas do sempre

 Apresentação do Programa SEMPRE

- É uma atividade oferecida aos usuários Unimed gratuitamente.
- É composto por uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, terapeuta ocupacional entre outros.
- Os usuários são encaminhados pelo médico cooperado e são agrupados pelo motivo do encaminhamento e o horário de preferência. Ex.: diabetes, hipertensão, obesos.
- Os encontros são semanais, com duração de uma hora sempre no mesmo horário, sala e dia da semana.
- Os usuários deverão chegar com quinze minutos de antecedência para mensurarem os parâmetros no posto de enfermagem, apresentando o cartão SEMPRE na recepção.
- Explicação da proposta do programa e grupo com rodízio dos profissionais.
- Entrega das pastas e explicação dos retornos médicos
- No SEMPRE é oferecido o apoio ao tratamento proposto pelo seu médico.
- Não é realizado o atendimento individual, apenas atividades grupais.
- No caso de faltas, justificar previamente (6052200)
- Após três faltas sem justificativas consecutivas, o usuário será descredenciado do programa, salvo exceções julgadas pela coordenação do SEMPRE.
- Existem alguns benefícios com a apresentação da carteirinha SEMPRE.
- Academias. Passar o interesse e os horários na recepção.
- Desconto de 5 a 10% apresentando o cartão SEMPRE em algumas lojas conveniadas.

Definição do horário e grupo para o início das atividades no SEMPRE.

Encaminhar os usuários para as mensurações no posto de enfermagem.

ANEXO F- Mensurações de enfermagem nos grupos do SEMPRE

1º dia	{	Medidas antropométricas Pressão Arterial Glicemia capilar pós-prandial Peso corporal	
Peso (Kg)	{	1 vez por mês todos os grupos, exceto Terceira idade	
Glicemia Capilar Pós-prandial (mg/dl)	{	semanal para as pessoas diabéticas 1 vez por ano todos os grupos	
Pressão Arterial (mmHg)	{	semanal para as pessoas hipertensas 1 vez por mês { diabéticos obesos mulheres no climatério	
Medidas (cm)	{	circunferência abdominal { quadril braço esquerdo	semestrais para todos

ANEXO G- Ficha de Anamnese do SEMPRE***ANAMNESE SEMPRE***

Você está sendo recebido pelo Programa SEMPRE.
Para conhecermos melhor você, responda o questionário abaixo.

Identificação

Nome: _____

Telefone: _____

Dados sócio- demográficos

Assinale com X as questões abaixo.

- Sexo Feminino () Masculino ()
- Idade – Anos Completos _____
- Qual o seu estado civil?
Casada (o) () Separada (o) ()
Viúva (o) () Solteira (o) () Outros ()
- Qual é a sua escolaridade?
3º grau completo () 3º grau incompleto ()
2º grau completo () 2º grau incompleto ()
1º grau completo () 1º grau incompleto ()
Sem escolaridade/alfabetizado () Sem escolaridade/analfabeto ()
- Qual é a sua ocupação: _____
- Com quem você mora _____

Dados relativos ao tratamento

- Quais as doenças que você tem ?
hipertensão arterial () diabetes () colesterol ()
triglicérides () osteoporose () parkinson ()
nenhuma () asma () outras: _____
- Qual o motivo de encaminhamento do seu médico para o SEMPRE?

9. Quais os medicamentos você usa?

10. Quais os seus médicos assistentes?

11. Você já esteve internado alguma vez?

Sim () Não ()

Se sim quantas vezes: _____

12. Qual o motivo de sua internação?

Atividade física

13. Você faz algum tipo de atividade física?

Sim () Não () Se não pule para a questão 16.

14. Que tipo de atividade física você pratica?

Caminhada () Hidroginástica () Natação ()

Musculação () outros _____

15. Com que frequência você realiza atividade física por semana

uma () duas ()

três () quatro ou mais ()

16. Por que você não pratica atividade física?

17. Você tem atestado médico para a atividade física?

Sim () Não ()

Se você é gestante, responda:

18. Número de gestações: _____

19. Número de partos: cesária () normal ()

20. Número de abortos: _____

21. Você amamentou? Sim () Quanto tempo? _____

Não () Por quê? _____

As medidas a seguir serão feitas e preenchidas pela equipe de enfermagem

Medidas antropométricas

Peso _____ Kg Altura _____ cm

Circunferência da cintura _____ cm

Circunferência braquial _____ cm (braço esquerdo)

Circunferência quadril _____ cm

Circunferência torácica _____ cm

Medida da pressão arterial

PAS _____ mmHg PAD _____ mmHg

PAS _____ mmHg PAD _____ mmHg

Medida da glicemia capilar: _____ mg/dl

Avaliação do profissional SEMPRE

Preferência de horário:

Opções de programas:

- | | | |
|-------------------|--------------------|---------------|
| () diabetes | () hipertensão | () obesidade |
| () climatério | () terceira idade | () gestantes |
| () outros: _____ | | |

Indicação do grupo: _____ Data de início: ____/____/____

Retornar a ligação:

Parecer: _____

Assinatura: _____

ANEXO H- Programa educativo em Diabetes mellitus no SEMPRE

PROGRAMA DE DIABETES

Horário:

Sala:

Dia da Semana:

Nome:

Nutricionista:

Enfermeiro:

Psicólogo:

Ed. Físico:

DATA	Nº	TEMA	PROF	Recursos
	1	Apresentação	Todos	
	2	Recordatório Alimentar	Nutrição	
	3	Historia pessoal vinculada a doença	Psicologia	
	4	Definição	Nutrição	
	5	Conviver	Psicologia	
	6	Atividade física	Ed. Físico	
	7	Medicamentos orais	Enfermeira	
	8	Insulina	Enfermeira	
	9	O que a doença representa	Psicologia	
	10	Nutrientes	Nutrição	
	11	Aspectos Sociais	Psicologia	
	12	Pirâmide Alimentar	Nutrição	
	13	Contexto familiar	Psicologia	
	14	Porção da pirâmide alimentar	Nutrição	
	15	Mentalização	Psicologia	
	16	Plano alimentar saudável	Nutrição	
	17	Fatores externos e internos	Psicologia	
	18	Mudança de hábitos alimentares/ tabagismo	Psicologia	
	19	Monitorização glicêmica	Enfermeira	
	20	Cuidados com os pés	Enfermeira	
	21	Relação com o corpo	Psicologia	
	22	Atividade física x gastos energéticos	Nutrição	
	23	Ansiedade e depressão	Psicologia	
	24	Dislipidemias	Nutrição	
	25	Sexualidade vinculada à doença	Psicologia	
	26	Eventos sociais e consumo de álcool	Nutrição	
	27	Técnicas de relaxamento	Psicologia	
	28	Diet x light e fibras	Nutrição	
	29	Avaliando o encerramento	Nutrição	
	30	Avaliação final	Nutri/Psico	

Observações: _____

ANEXO I- Instrumento de Qualidade de Vida

Nome:

Data :__/_/____

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando com referência as duas ultimas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito"apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circula no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito boa
1 (G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2 (G4)	O quanto você está satisfeito com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Na- da	Muito pouco	Mais ou menos	Bas- tante	Extre- mamente
3(F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) Impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
6.(1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária ?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição e atrativos?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas .

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Comple- tamente
10 (F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
14 (21.1)	Em que medida você tem oportunidade de atividades de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito bom	Ruim	Nem ruim/Nem bom	Bom	Muito bom
15 (F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insa-tisfeito	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	Satis-feito	Muito satis-feito
16 (F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia ?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Quão satisfeito você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Quão satisfeito você está com apoio que você recebe se seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentem ente	Muito freqüentemente	Sempre
2G (F8.1)	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

ANEXO J- Instrumento de recordatório alimentar

Nome: _____

Grupo: _____ Data: ____/____/____

Você já fez dieta? Sim () Não ()

Se sim, qual?

Faz uso de suplemento alimentar? Sim () Não ()

Qual tipo?

Hábito intestinal: frequência

Quantos copos de água você ingere por dia? _____

Nº de refeições por dia:

O que afeta o seu apetite? (Procure relacionar seu hábito alimentar com o tipo de emoção/sentimento que você tem ao longo do dia.)

Preferências alimentares:

ANEXO K- Avaliação da satisfação do usuário no SEMPRE

Grupo/Programa: _____

Data: _____

Usuário: _____

Gostaríamos que você respondesse as questões abaixo, para avaliar o SEMPRE e a partir de suas sugestões, avaliar os nossos programas e fazemos as modificações necessárias.

Queremos saber quais são suas impressões sobre os programas oferecidos pelo SEMPRE e sobre seu funcionamento.

Avaliação da estrutura do SEMPRE

1) Quanto aos objetivos propostos (oferecer apoio ao tratamento médico, informações sobre as patologias e melhora na qualidade de vida).

() PÉSSIMO () RUIM () BOM () ÓTIMO

2) Quanto à forma dos encontros alternando os profissionais da equipe

() PÉSSIMO () RUIM () BOM () ÓTIMO

3) Quanto aos temas abordados.

() PÉSSIMO () RUIM () BOM () ÓTIMO

4) Quanto às discussões dos temas em grupo

() PÉSSIMO () RUIM () BOM () ÓTIMO

5) Quanto à frequência das aulas (semanais).

() PÉSSIMO () RUIM () BOM () ÓTIMO

6) Quanto à duração do programa

() PÉSSIMO () RUIM () BOM () ÓTIMO

Espaço físico no SEMPRE

7) Quanto ao local das reuniões das reuniões

 PÉSSIMO RUIM BOM ÓTIMO

8) Quanto à limpeza e manutenção do SEMPRE

 PÉSSIMO RUIM BOM ÓTIMO

9) Quanto ao atendimento da recepção

 PÉSSIMO RUIM BOM ÓTIMO

10) Quanto ao atendimento no posto enfermagem

 PÉSSIMO RUIM BOM ÓTIMO

I. Avaliação da equipe de profissionais

1) Faça uma avaliação da enfermeira do grupo quanto às discussões propostas e orientações dadas

 PÉSSIMO RUIM BOM ÓTIMO

2) Faça uma avaliação do nutricionista do grupo quanto às discussões propostas e orientações dadas

 PÉSSIMO RUIM BOM ÓTIMO

3) Faça uma avaliação do professor de educação física do grupo quanto às discussões propostas e orientações dadas.

 PÉSSIMO RUIM BOM ÓTIMO

4) Faça uma avaliação do psicólogo do grupo quanto às discussões propostas e orientações dadas

() PÉSSIMO () RUIM () BOM () ÓTIMO

5) Faça uma avaliação da terapeuta ocupacional do grupo quanto às discussões propostas e orientações dadas.

() PÉSSIMO () RUIM () BOM () ÓTIMO

II. Auto Avaliação

1) Avalie seu desempenho no programa em relação ao controle alimentar, adesão ao tratamento médico e no enfrentamento das dificuldades

() PÉSSIMO () RUIM () BOM () ÓTIMO

2) Quais atividades você faz ou que já realizou no SEMPRE ?

() Hidroginástica () Tai-Chi-Chuan () Caminhada
() Alongamento () Culinária () Outras _____

3) Quais são suas expectativas para continuar participando do SEMPRE?

4) Você tem alguma sugestão a fazer?

5) Complete a frase abaixo:

Eu gosto do SEMPRE, por que

O SEMPRE poderia ser mais eficiente se
